Rapport annuel 1981-1982

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

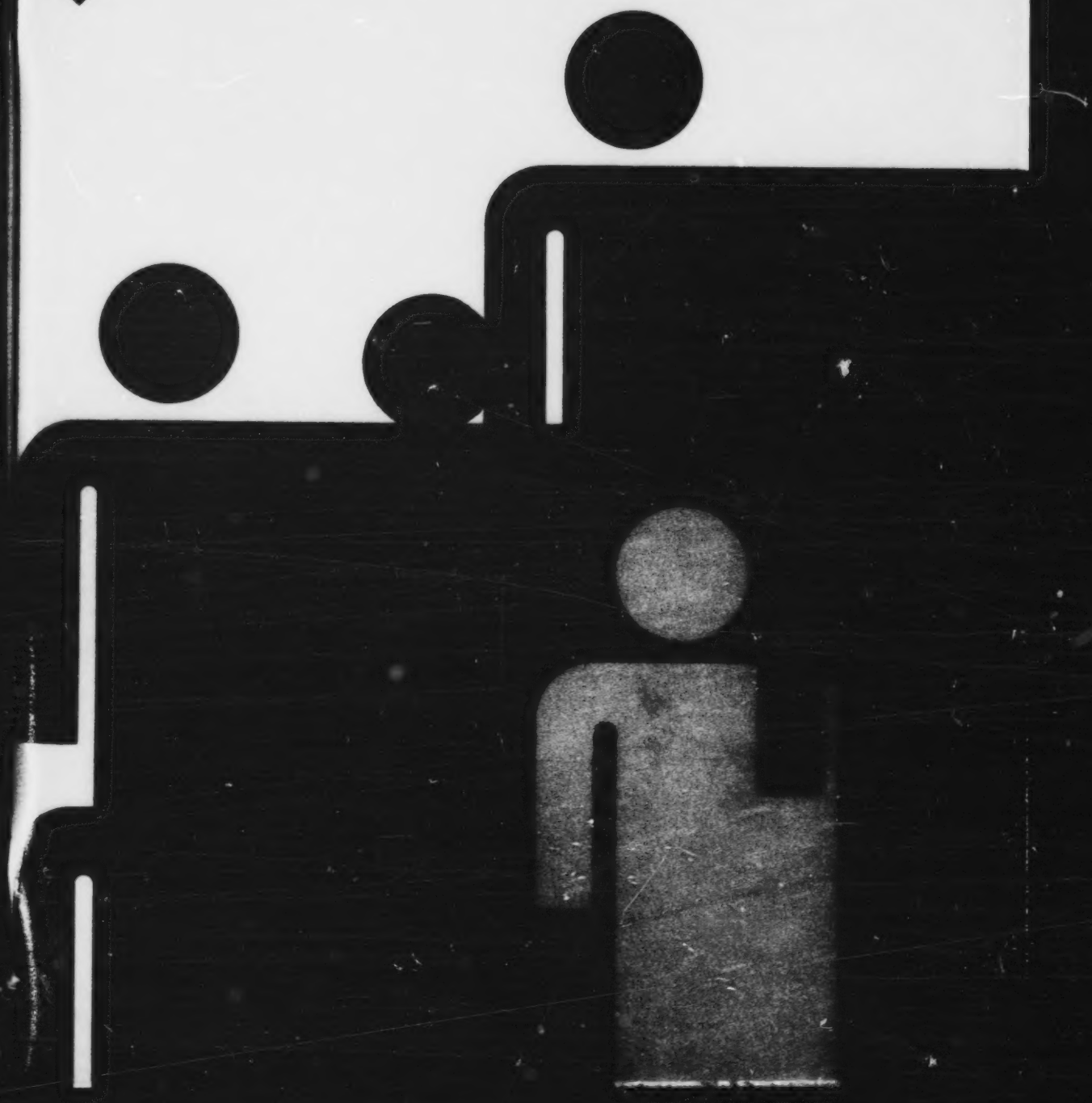


Table des matières

Texte du président
Liste des membres du conseil d'administration 5

Texte du directeur général 6
Plan d'organisation 9

Chapitre I: Le conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
- Présentation du Conseil 10
- Région socio-sanitaire de Montréal métropolitain 12
- Commissions administratives 18
- Comités régionaux 18
- Liste du personnel par direction 19
- Liste d'abréviations utilisées couramment dans le réseau 22

Chapitre II: Centre de coordination des urgences santé
- Préambule 23
- Organigramme 25
- L'organisation du centre 26
- Le transport ambulancier 27
- Coordination des salles d'urgence 30

Chapitre III: Direction de la programmation
- Préambule 32
- Organigramme 33
- Service des données et analyses 34
- Comité inter-CSS 35
- Services hospitaliers:
  - — commission administrative des services médicaux 36
  - — commission administrative des services psychiatriques 39
- Services de réadaptation:
  - — commission administrative de la mésadaptation sociale 42
  - — services aux personnes handicapées intellectuellement 43
  - — services aux personnes handicapées physiques et sensorielles 45
  - — services pour toxicomanes et alcooliques 46
- Services d'hébergement et de soins prolongés 47
- Services de première ligne 49

Chapitre IV: Direction des communications
- Préambule ... 51
- Organigramme ... 52
- Information et communications: ... 53
  - — demandes d'informations et rencontres
  - — campagne de lancement du CCUS
  - — politique de communication
- Dossier conjoint: ministère des Affaires sociales et ministère de l'Éducation ... 54
- Jurys de sélection ... 55
- Dossier des élections ... 55
- Service d'aide aux usagers: ... 58
  - — plaintes: — établissements du réseau
    — centre de coordination des urgences santé
  - — information-services: — réseau régional des affaires sociales
    — centre de coordination des urgences santé
  - — recommandations
  - — dossier: porte-parole des malades
  - — dossier: condition féminine
- Service de référence: ... 63
  - — gestion documentaire
  - — traitement de dossiers
  - — diffusion de l'information: — au sein du Conseil
    — au réseau et à la population
  - — avis de naissance

Chapitre V: Direction des services administratifs ...
- Préambule ... 65
- Organigramme ... 66
- Service du personnel ... 67
- Service du perfectionnement ... 67
- Service des ressources matérielles en centres hospitaliers ... 71
- Service des ressources matérielles CA, CLSC, CSS ... 72
- Service des ressources humaines partagées ... 74
- Service des ressources physiques partagées ... 75
- Service des ressources financières ... 78

Chapitre VI: États financiers ... 79

Me P. Michel de Grandpré
président du conseil d'administration

Ce dixième rapport annuel du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain vous relatera ses activités, telles que vécues, en période de décroissance. Les réalisations de développement ont plutôt fait place aux initiatives de regroupement de services et de partage régional.

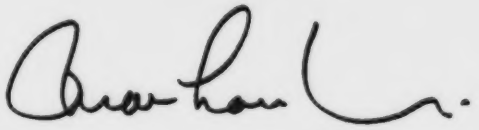
Le conseil d'administration, en sanctionnant les orientations 1981-1982, avait opté pour le réaménagement et la complémentarité. Des efforts marqués ont donc été fournis dans plusieurs dossiers majeurs, tels: mésadaptation sociale, services hospitaliers, services partagés, services psychiatriques. Ces travaux ont produit des projets bien structurés lesquels, pour la plupart, devraient être implantés en 1982-1983. De plus, un travail très élaboré a été accompli par les représentants des établissements et la permanence du Conseil dans l'opération «plans de redressement». Toutes mes félicitations à ceux qui ont véritablement mis l'épaule à la roue, malgré les difficultés rencontrées.

Nous entreprenons une autre année où l'atteinte de l'équilibre budgétaire sera un objectif impérieux. Le Conseil donnera toute son aide et son appui constant aux établissements en vue d'établir un plan régional de RATIONALISATION DES RESSOURCES, en pensant «population». L'ouverture et l'adhésion des établissements au niveau régional sont essentielles à l'amélioration et la consolidation d'un réseau de services de santé et de services sociaux axés sur les besoins des gens avant ceux des établissements et des professionnels. La participation de la population, des bénéficiaires, est consacrée par les nouvelles mesures législatives. L'amélioration de la productivité et des méthodes de gestion devra être une préoccupation constante dans tout le milieu des affaires sociales, aux plans local, régional et provincial.

Je ne peux évidemment passer sous silence ce qui constitue, à bien des points de vue, la réalisation majeure de l'année, par le Conseil, le *centre de coordination des urgences santé*. Je me dois de remercier ici le personnel du Conseil et des établissements en plus des gens du MAS pour leur participation remarquée à cette réalisation qui, une fois les ajustements complétés, servira remarquablement bien les clients en plus de permettre une meilleure utilisation des ressources du milieu.

Ceci est en quelque sorte mon chant du cygne et mon testament, étant donné que je ne suis plus ré-éligible au conseil d'administration du Conseil. J'ai eu l'occasion, dans le passé, d'exprimer mes vues sur les attitudes prioritaires que les membres du conseil d'administration, les officiers des établissements, leur conseil d'administration, les employés et les professionnels devaient adopter dans les circonstances actuelles, et quant à moi, pour fort longtemps. Il s'agit, essentiellement, de penser à nos devoirs et responsabilités plutôt qu'à nos droits et acquis ou habitudes et traditions. Nous avons collectivement créé une machine de soins et de services de grand luxe, très lourde, et, à ce stade-ci, passablement emballée. Nous avons la responsabilité, maintenant, de l'ajuster aux faits nouveaux, pour la faire mieux servir une population qui, d'abord, en a besoin et ensuite, est le payeur. Ceci impliquera définitivement des changements profonds, lesquels changements devront d'abord commencer chez chacun de nous. Administrateurs, syndicats et syndiqués, professionnels et employés, nous ne travaillons pas dans le réseau pour nous, mais pour la population. Ce réseau doit également devenir autre chose qu'un mot, doit devenir un vécu où nous devrons partager nos expériences et nos ressources, lesquelles, soit dit en passant, sont loin d'être illimitées. À certains moments, nous aurons l'aide du gouvernement et de la population, à d'autres, nous les aurons contre nous, ainsi d'ailleurs que nos média. Mais si nous, de l'intérieur, ne sommes pas capables de régler les problèmes, nous qui sommes censés les mieux connaître, qui donc réglera la situation?

Avec le contenu de ce rapport annuel, je présente mes remerciements de façon particulière aux membres du conseil d'administration, à la permanence, aux présidents et à tous les participants aux commissions et comités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.



P. Michel de Grandpré
Président du conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration

Membres élus par les maires des municipalités:	M. Guy Descary Mme Dorothy Heppner Mme Dorothy Linkletter M. Jean Morin
Membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil:	Mme Doris Custeau Dr Michel Marceau
Membres nommés par les universités:	Dr Jean Leduc Dr Alex Schwartzman
Membre nommé par les collèges d'enseignement général et professionnel:	Soeur M.-Thérèse Gauthier
Membres nommés par les centres locaux de services communautaires:	M. Michel Bourque M. Jacques Ferland Me Chantal Pilon
Membres nommés par les centres hospitaliers:	Me P. Michel de Grandpré M. Bernard Finestone Dr Jacques Mackay
Membres nommés par les centres de services sociaux:	Mme Alphonsine Howlett Mme M.-Lyse M.-Lalonde Me Avrum Orenstein
Membres nommés par les centres d'accueil:	M. Jocelyn Hamann Me Andrée Ruffo-Mondor M. Claude St-Arnaud
Directeur général:	M. Gérard Marcoux
Le comité de vérification:	Me P. Michel de Grandpré M. Bernard Finestone M. Claude St-Arnaud

M. Gérard Marcoux
directeur général

De multiples activités se sont déroulées au Conseil au cours de l'année 1981-1982. De façon déterminée, dès avril nos équipes se sont engagées résolument dans les voies du réaménagement et de la complémentarité, inspirées par une approche régionale de services. En juin, en plus de nos mandats réguliers, survint l'opération «plans de redressement».

Beaucoup d'énergies ont été dépensées pour donner à la région les procédures et les formulaires nécessaires à la préparation de ces plans et, ensuite, procéder à une analyse sérieuse pour tous les établissements impliqués. N'ayant qu'un rôle d'aviseur dans cette opération, à certains moments nos relations sont devenues plus difficiles avec le ministère et avec certains établissements qui transigeaient directement avec le M.A.S. ou vice-versa, négligeant nos avis. Dans certains cas, ces biais ont eu comme résultat des modifications de services aux clientèles prioritaires que le Conseil voulait protéger: les cas d'urgence, les cas psychiatriques. Des clarifications apportées dans les procédures et dans les rôles respectifs nous permettront d'éviter ce genre de situations dans la recherche de l'équilibre budgétaire pour l'année à venir.

À la lecture de ces pages, vous constaterez que dans plusieurs programmes nous progressons vers une vraie régionalisation. En plus de notre réalisation de l'année, le CENTRE DE COORDINATION DES URGENCES SANTÉ, j'attire votre attention sur de nouveaux dossiers comme le perfectionnement et la condition féminine. De ces nouveaux programmes et de tous nos anciens, des résultats intéressants vous sont présentés par direction et par service; vous serez aussi en mesure d'apprécier le travail des commissions et des comités. Merci à tous les intervenants.

Tout cela se réalise grâce à l'adhésion des représentants d'établissements et des milieux concernés par les programmes et grâce à l'action constante et compétente de la permanence du Conseil. Nos professionnels, dans toutes les directions, croient en l'action régionale et ils s'efforcent de maintenir des relations harmonieuses avec tous les milieux pour conserver le climat de confiance nécessaire aux grandes réalisations. Cette permanence est supportée par un conseil d'administration qui s'est avéré actif, disponible et engagé dans l'étude et l'approbation de tous les dossiers épineux qui lui ont été soumis. Je voudrais remercier les membres pour leur précieux apport et plus spécifiquement, notre Président pour sa grande contribution bénévole et de qualité.

Comme l'a signalé Me de Grandpré, dans l'année qui vient nous travaillerons à la RATIONALISATION DES RESSOURCES, basée sur les besoins de la population selon une approche régionale dans le respect des autorités locales et de leur participation éclairée aux activités de la région. Ensemble, selon l'esprit et selon la lettre de la loi 27, nous impliquerons particulièrement les bénéficiaires et les bénévoles, selon les instances et les modes appropriés dans l'amélioration de notre réseau régional de services de santé et de services sociaux.

Gérard Marcoux, Adm.A.,
Directeur général

Orientations générales du CSSSRMM pour 1982-1983

— Dans l'exercice de ses fonctions, le Conseil régional se fait l'ardent défenseur d'une pensée régionale qui colle avec les réalités du milieu en répondant aux besoins prioritaires de la population en matière de services de santé et de services sociaux.

— Cette année, le Conseil régional se donne comme orientation première la RATIONALISATION DES RESSOURCES.

— Cette rationalisation des ressources au plan régional devra, en tout temps, préserver l'accessibilité, la disponibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux à la population du Montréal métropolitain.

— L'amélioration de la productivité et l'amélioration des méthodes d'administration doivent s'insérer dans les plans locaux et régionaux de rationalisation.

— Les dossiers spécifiques de rationalisation approuvés par le conseil d'administration se réaliseront à l'intérieur du cadre financier autorisé par le ministère des Affaires sociales.

— Ces projets de rationalisation des ressources suivront le cheminement suivant approuvé par le conseil d'administration le 15 décembre 1981:

1° le choix des dossiers prioritaires intra et inter-programmes;
2° la validation des priorités par les comités et les commissions;

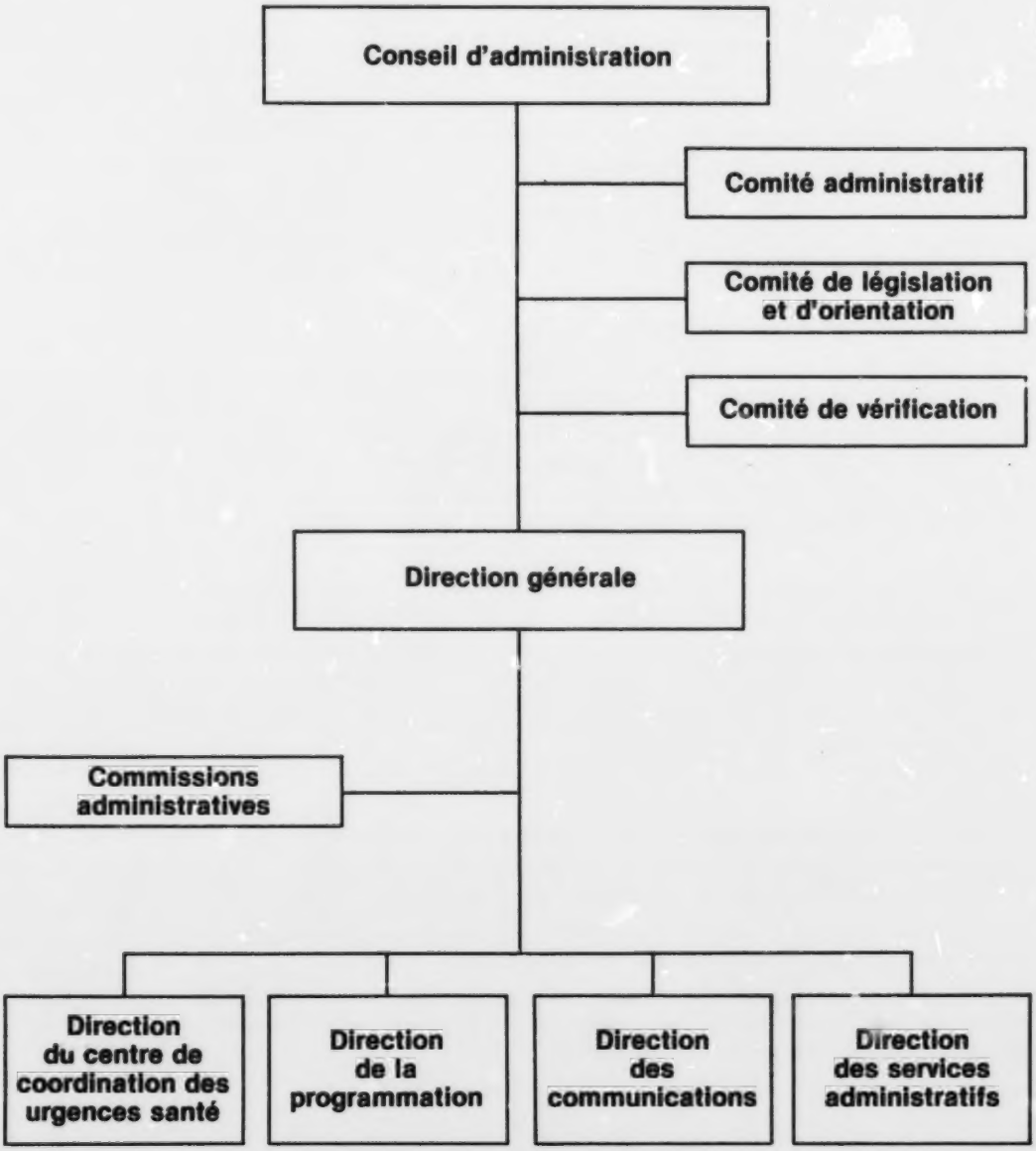
3° l'approbation de principe par le conseil d'administration;
4° l'appréciation de besoins spécifiques impliquant des consultations auprès des populations concernées;
5° l'inventaire des ressources visées;
6° l'évaluation de divers modèles d'agencement des ressources: réaménagements, intégrations, fusions;
7° l'appréciation des choix de modèle par les comités, les commissions et les établissements;
8° l'approbation de l'orientation par le conseil d'administration et le M.A.S. selon les procédures déterminées;
9° la promotion et l'implantation dans le réseau.

— Tout en unissant leurs efforts pour rationaliser les ressources, les membres du Conseil régional porteront une attention constante à la population et aux établissements en ayant soin de maintenir un climat serein et harmonieux.

Population	Priorité aux bénéficiaires et aux bénévoles Ses besoins prioritaires Ses modalités de participation et de consultation Vers sa prise en charge — son indépendance
Établissements	Approche régionale Leur implication à tous les niveaux: Conseil, commissions, comités, etc. Réseau de services vs réseau d'établissements Subordination de l'autonomie locale aux priorités régionales Productivité — efficacité
Climat	Révision de la politique de communications Liens constants, harmonieux avec tous nos interlocuteurs

— Il convient de rappeler le sigle du Conseil régional, lequel regroupe les trois éléments de la régionalisation: la population, les établissements et organismes et le Conseil lui-même. La régionalisation respecte la participation et l'autonomie de gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité président à cette orientation.

Le plan d'organisation



Chapitre I

Le conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

Le Conseil a pour fonction principale de susciter la participation de la population de son territoire à la définition de ses propres besoins en matière de services de santé et de services sociaux, de recevoir et analyser les plaintes des usagers, de conseiller et d'assister les établissements, d'assurer une répartition adéquate des ressources disponibles, de maintenir des communications soutenues entre la population, le ministère des Affaires sociales et les établissements et enfin de réglementer et surveiller l'élection des membres des conseils d'administration des établissements.

En outre, le chapitre 22 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux sanctionné le 19 décembre dernier mandatait le Conseil de mettre sur pied un centre de coordination des urgences santé auquel est tenu de s'inscrire tout détenteur d'un permis d'ambulance. Entre autres responsabilités, le Conseil — qui a ouvert le centre le 22 décembre 1981 — établit les critères d'admission et les politiques de transfert des bénéficiaires dans les établissements et met à jour un système d'information régionale reflétant l'utilisation des lits affectés aux cas d'urgence.

Le conseil d'administration

Pour exercer ses fonctions et pouvoirs, ainsi que son rôle décisionnel, le Conseil était administré par un conseil d'administration formé de 22 membres y compris le directeur général.

Ce conseil d'administration, réuni en assemblée générale, nomme chaque année son **comité administratif** composé du président du conseil d'administration, du directeur général et de trois membres du conseil d'administration.

Le **comité de législation et d'orientation** est un comité permanent qui a comme mandat spécifique:

— d'étudier les textes de la législation et la réglementation se rapportant aux affaires sociales et de transmettre ses recommandations au conseil d'administration

— de recommander au conseil d'administration une stratégie générale de relations avec le ministère des Affaires sociales, les établissements, les organismes d'affaires sociales et la population; par conséquent, ce comité doit définir les priorités du Conseil en tenant compte des besoins de la région et des ressources disponibles.

Le **comité de vérification** est également un comité permanent qui exerce les fonctions suivantes au nom du conseil d'administration:

— recevoir toute communication du vérificateur et l'assister quant à l'exécution de son mandat

— recevoir tout rapport du vérificateur, le discuter avec lui et le transmettre au conseil d'administration avec ses commentaires et ses recommandations.

Les membres du conseil peuvent également, au besoin et sur des questions qu'ils jugent nécessaires, nommer des **comités ad hoc** temporaires.

Pour réaliser la participation et répondre à ses objectifs, le Conseil a créé des commissions administratives, instrument privilégié de la concertation régionale. Cette structure regroupe des intervenants représentatifs des milieux concernés.

Le Conseil compte des commissions de gestion et des commissions de programmation:

— les commissions de gestion sont axées sur la répartition des ressources matérielles et financières ou sur la mise en commun de certaines activités avantageuses au point de vue technique et/ou économique pour les établissements.

Ces commissions de gestion sont:
- la commission des immobilisations — centres hospitaliers
- les commissions d'approvisionnement en commun:
  Groupe A: centres anglophones
  Groupe B: centres hospitaliers enseignants francophones
  Groupe C: centres hospitaliers généraux et de soins prolongés
  Groupe D: centres d'accueil et centres locaux de services communautaires

— les commissions de programmation concernent l'organisation des services à la population et s'orientent sur une population cible ou sur une caractéristique socio-sanitaire. Elles visent à assurer la réponse à l'équation besoins-ressources:
- la commission des services d'hébergement et de soins prolongés
- la commission de la mésadaptation sociale
- la commission des services communautaires
- la commission des services médicaux
- la commission des services aux personnes handicapées intellectuellement
- la commission des services psychiatriques

Pour répondre à ses nombreux mandats, le conseil d'administration a sanctionné un plan d'organisation qui prévoit des comités permanents, la direction générale, les commissions administratives et quatre directions: la direction des communications — la direction de la programmation — la direction du centre de coordination des urgences santé — la direction des services administratifs. Dans ces directions, nous retrouvons des responsables de service, des conseillers-cadres, du personnel de bureau; en somme, une équipe de 190 personnes.

Le sigle et ses symboles

Le sigle représente les objectifs et les fonctions du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

La décentralisation de pouvoirs en faveur du Conseil et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés: le Conseil, les établissements et organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble. Il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.

La région socio-sanitaire de Montréal métropolitain

Les responsabilités du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain portent sur la région 06-A, laquelle couvre l'Île de Montréal, l'Île Jésus, l'Île Bizard et l'Île des Soeurs.

Eu égard aux douze régions administratives de la province de Québec, la région du Montréal métropolitain représente la plus petite superficie; toutefois sa population est 40 fois plus élevée que n'importe laquelle des autres régions; on y compte plus de deux millions de citoyens répartis dans quelque 31 municipalités. En outre, la population jeune a baissé de 20% ces cinq dernières années, tandis que la population âgée continue d'augmenter rapidement, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous.

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE 1976-1981

Âges	**1981**	**1976**
0-19	527,734	652,080
Part du total	26.0%	30.8%
Évolution (76-81)	– 19.1%	—
20-64	1,289,052	1,273,470
Part du total	63.4%	60.2%
Évolution (76-81)	+ 1.2%	—
65- +	215,587	190,350
Part du total	10.6%	9.0%
Évolution (76-81)	+ 13.3%	—
TOTAL	2,032,373	2,115,900

Source: 1976 — Statistique Canada
1981 — Estimation, Service des données et analyses/C.S.S.S.R.M.M.

La population est également composée de plusieurs ethnies importantes, telles les communautés anglophone, italienne, juive, grecque et chinoise.

Les établissements de santé et de services sociaux dans notre région

1. Les centres hospitaliers (C.H.)

Les centres hospitaliers s'occupent de la prévention des maladies, de l'établissement des diagnostics, des traitements médicaux, des interventions chirurgicales et de la réhabilitation physique et mentale. La région de Montréal métropolitain compte 55 centres hospitaliers publics et 23 centres hospitaliers privés lesquels dispensent des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins psychiatriques. Notre région compte 5,7 lits de soins de courte durée par 1 000 habitants, et 4,4 lits de soins prolongés par 1 000 habitants. La proportion des lits de soins psychiatriques de courte durée est de 0,6 par 1 000 habitants tandis que celle pour les soins prolongés est de 0,7 par 1 000 habitants.

Huit centres hospitaliers de la région de Montréal métropolitain administrent des départements de santé communautaire. Les responsabilités du département de santé communautaire consistent à analyser les problèmes de santé de la population habitant le territoire qu'il dessert, à élaborer des programmes de santé, à coordonner des ressources communautaires et à évaluer l'efficacité des programmes de santé.

Plus précisément, les rayons d'action des départements de santé communautaire ont trait aux enquêtes épidémiologiques, aux immunisations, au dépistage des maladies infectieuses, à la nutrition, à l'hygiène maternelle et infantile, à la dentition, à la santé scolaire et industrielle.

En fait, les départements de santé communautaire sont responsables de la planification et de l'évaluation des programmes susmentionnés; ils peuvent en confier la mise en oeuvre à d'autres établissements du territoire.

2. Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)

Les centres locaux de services communautaires veillent à la prestation locale de services de prévention ou de traitements sanitaires ou sociaux. La région de Montréal métropolitain compte 17 centres locaux de services communautaires et une clinique communautaire, ouverts en moyenne 55 heures par semaine. Il y aurait lieu de noter que la clinique ainsi que 11 centres locaux de services communautaires chapeautent 21 points de services («succursales» permanentes) ouverts environ 75 heures par semaine — et trois points de chute — lieux où une équipe se rend à période fixe pour dispenser des services.

Les centres locaux de services communautaires offrent une foule de services divers tels que des consultations psycho-sociales ou médicales, des analyses, des prélèvements, des services de radiologie, de l'aide technique aux groupes bénévoles et des services d'action communautaire.

L'utilisation d'équipes multidisciplinaires permet aux centres locaux de services communautaires de développer une approche globale en matière de santé locale et de faciliter l'accessibilité aux services.

3. Les centres d'accueil (C.A.)

Les centres d'accueil logent, entretiennent ou gardent sous observation des personnes qui, en raison de leur âge, de leur situation familiale, de déficiences physiques ou autres doivent être traitées ou gardées en résidence protégée. Il existe quatre catégories de centres d'accueil: les centres de garde d'enfants (garderie, famille-gardienne, halte scolaire, etc.), les centres de transition, les centres de réadaptation et les centres d'hébergement. Notre région compte 140 de ces centres, outre les centres de garde d'enfants.

Les centres de garde d'enfants reçoivent des enfants d'âge pré-scolaire à qui ils offrent, pendant une partie de la journée, des soins et un programme d'activités visant à promouvoir leur développement physique, intellectuel et social. Ces centres relèvent de l'Office des garderies et ne sont donc pas comptabilisés dans les ressources du réseau des affaires sociales.

Les centres de transition reçoivent des personnes qui, privées de leur milieu familial habituel, doivent recourir provisoirement à une autre source de protection.

Les centres de réadaptation reçoivent des personnes qui, à cause d'une inadaptation majeure sur le plan physique, psychologique ou social, doivent bénéficier de services intensifs de réadaptation ou d'orientation pour une période limitée.

Les centres d'hébergement reçoivent des personnes qui, en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique, doivent séjourner en résidence protégée.

4. Les centres de services sociaux (C.S.S.)

Les centres de services sociaux veillent à la prestation de l'aide requise aux personnes éprouvant des difficultés d'ordre social:

— services de dépannage ou d'aide à court terme en vue d'assister les personnes ou les familles éprouvant des problèmes temporaires en matière de relations interpersonnelles ou de fonctionnement social

— services sociaux primaires ou services d'aide à domicile lorsque les centres locaux de services communautaires ne sont pas en mesure d'y pourvoir pleinement.

La région de Montréal métropolitain compte trois centres de services sociaux chargés de mettre en oeuvre des programmes ayant trait entre autres à l'enfance et à la jeunesse, à l'adoption, aux familles d'accueil pour enfants, à la protection juridico-sociale de la jeunesse, à la consultation conjugale ou familiale, aux personnes âgées, à l'enfance mésadaptée ou maltraitée, etc.

VENTILATION DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION 06-A AU 31 MARS 1982

Catégories d'établissements	Caractère		Total
	Public	Privé	
Centres de services sociaux			
CSS — total:	3	—	3
Centres locaux de services communautaires			
* CLSC — total:	17	—	17
Centres hospitaliers			
CH — total:	55	23	78
Soins prolongés	21	19	40
Courte durée	30	4	34
Vocation psychiatrique	4	—	4
Centres d'accueil			
CA — total:	76	64	140
** Hébergement Réadaptation	33	54	87
— Mésadaptés sociaux	22	3	25
— Handicapés physiques	3	2	5
— Déficients mentaux	14	4	18
— Alcooliques et toxicomanes	4	—	4
— Cas psychiatriques	—	1	1
TOTAL:	151	87	238

Source: Fichier des établissements, Service de référence.

* Il faut ajouter la Clinique communautaire Pointe St-Charles qui dispense les services sur le territoire de Pointe St-Charles.

** Ne sont pas comptabilisées, les «nouvelles» installations de type C.A.H. qui sont administrées par des établissements déjà existants:

Nom de l'établissement	Nom de l'établissement qui l'administre
• Alfred Desrochers, C.A.	• Côte-des-Neiges, C.H.
• Robert Cliche, C.A.	• De Rosemont, C.L.S.C.
• François Séguenot, C.A.	• J. Octave Roussin, C.A.-C.L.S.C.
• Dante, C.A.	• Santa Cabrini, hôpital
• Marie-Rollet, C.A.	• Marie-Enfant, C.H.
• Idola St-Jean	• Les centres d'accueil Laval

POPULATION 1976-1981* SELON LES TERRITOIRES DE CLSC ET DE DSC.

Population 1981 selon les données intérimaires

			1976	1981	ÉCART	%
Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont	1 1	J. Octave Roussin	39990	39767	-223	-0.56
	1 2	Rivière-des-Prairies	15559	21258	5699	36.63
	1 3	Anjou	36596	37070	474	1.30
	1 4	St-Léonard	78452	78936	484	0.62
	1 5	Mercier ouest	50548	49981	-567	-1.12
	1 6	Hochelaga-Maisonneuve	62666	52880	-9786	-15.62
	1 7	Rosemont 1	44874	38973	-5901	-13.15
	1 8	Rosemont 2	40009	37299	-2710	-6.77
	1 9	Mercier est	47789	43543	-4246	-8.88
Total du D.S.C.			416483	399707	-16776	-4.03
Département de santé communautaire Sacré-Coeur	2101	Montréal nord (est)	55951	55819	-132	-0.24
	2102	Montréal nord (ouest)	46575	43070	-3505	-7.53
	Total du C.L.S.C.		102526	98889	-3637	-3.55
	211	Sault-aux-Récollets	28383	25814	-2569	-9.05
	212	St-Michel nord	43133	38767	-4366	-10.12
	213	St-Michel sud	24603	21714	-2889	-11.74
	214	Ahuntsic nord	29886	26807	-3079	-10.30
	215	Ahuntsic sud	22438	20754	-1684	-7.51
	216	Nouveau Bordeaux	39214	38561	-653	-1.67
	217	St-Laurent est	41345	40550	-795	-1.92
	218	St-Laurent ouest	23059	24757	1698	7.36
	Total du D.S.C.		354587	336613	-17974	-5.07
Département de santé communautaire St-Luc	319	Villeray nord	27510	23814	-3696	-13.44
	320	Villeray centre	34548	30631	-3917	-11.34
	321	Villeray sud est	40714	35482	-5232	-12.85
	322	Villeray sud ouest	34914	29517	-5397	-15.46
	323	Lafontaine sud	35095	29487	-5608	-15.98
	324	Lafontaine nord	33578	27815	-5763	-17.16
	325	Centre sud	40742	36060	-4682	-11.49
	326	Centre ville	11482	9301	-2181	-18.99
	327	Park extension	34029	30574	-3455	-10.15
	Total du D.S.C.		292612	252681	-39931	-13.65
	428	St-Louis du parc	55280	44271	-11009	-19.91
	429	Métro	36120	33191	-2929	-8.11
	4301	Westmount	22153	20075	-2078	-9.38

Département de santé communautaire de l'hôpital général de Montréal	4302	N.D.G. est	38720	34659	-4061	-10.49
	Total du C.L.S.C.		60873	54734	-6139	-10.08
	431	St-Henri, Petite Bourgogne	24645	21590	-3055	-12.40
	4321	Montréal ouest	5980	5476	-504	-8.43
	4322	N.D.G. ouest	44407	39241	-5166	-11.63
	Total du C.L.S.C.		50387	44717	-5670	-11.25
	Total du D.S.C.		227305	198503	-28802	-12.67
Département de santé communautaire Ste-Justine	533	Mont-Royal	22071	20564	-1507	-6.83
	534	Outremont	27089	24071	-3018	-11.14
	535	Côte-des-Neiges nord	50218	45809	-4409	-8.78
	536	Côte-des-Neiges sud	31201	28537	-2664	-8.54
	537	Côte St-Luc	33283	34893	1610	4.84
	Total du D.S.C.		163862	153874	-9988	-6.10
Département de santé communautaire de Verdun	638	Verdun est	27958	23842	-4116	-14.72
	639	Verdun ouest	40055	36744	-3311	-8.27
	640	Lasalle nord	54128	52484	-1644	-3.04
	641	Lasalle sud	22585	23040	455	2.01
	642	Pointe St-Charles	16021	13849	-2172	-13.56
	643	St-Paul	38213	33122	-5091	-13.32
	Total du D.S.C.		198960	183081	-15879	-7.98
Département de santé communautaire du Lakeshore	744	Lachine	47542	42379	-5163	-10.86
	745	Pointe-Claire, Dorval	45056	41969	-3087	-6.85
	746	Ste-Anne de Bellevue	36919	38711	1792	4.85
	747	Pierrefonds	49478	53302	3824	7.73
	748	Dollard-des-Ormeaux	36837	39577	2740	7.44
	Total du D.S.C.		215832	215938	106	0.05
Département de santé communautaire de la Cité de la santé de Laval	8490	Ste-Rose	57648	66548	8900	15.44
	8500	Norman Bethune	70824	77338	6514	9.20
	8510	Marigot	67425	70993	3568	5.29
	8520	Mille Îles	50346	51558	1212	2.41
	Total du D.S.C.		246243	266437	20194	8.20
	Total de la région		2115884	2006834	-109050	-5.15

Les commissions administratives

Commission administrative des achats en commun — groupe «A»	Pierre-Paul Mercier, président Jean Alain, coordonnateur
Commission administrative des achats en commun — groupe «B»	Richard Bastien, président Mario Gervais, coordonnateur
Commission administrative des achats en commun — groupe «C»	Jean-Marie Bernier, président Yves Brisson, coordonnateur
Commission administrative des achats en commun — groupe «D»	François Laurier, président Omer bouchard, coordonnateur
Commission administrative des immobilisations C.H.	Yves André, président Robert Demers, coordonnateur
Commission administrative de la mésadaptation sociale	Ronald Tellier, président René Grenier, coordonnateur
Commission administrative des services aux personnes handicapées intellectuellement	Léon Lafleur, président Ronald McNeil, coordonnateur
Commission administrative des services communautaires	André Tétreault, président André Cimon, coordonnateur
Commission administrative des services d'hébergement et de soins prolongés	Armand Fagnant, président Colette Tracyk, coordonnatrice
Commission administrative des services médicaux	Dr Harvey Barkun, président - Marcel Villeneuve, ccordonnateur
Commission administrative des services psychiatriques	Dr. Paul Landry, président Mireille Doré, coordonnatrice

Les comités régionaux

Comité régional en alcoolisme et autres toxicomanies	Pierre-Paul Lachapelle, président Guy Lapointe, coordonnateur
Comité d'informatique régional	Yvan Mauger, coordonnateur
Comité inter-CSS	Francine Rochon, coordonnatrice
Comité régional en santé communautaire	Pierre Provencher, coordonnateur
Comité régional des services aux handicapés physiques	Jean-Pierre Montpetit, président Guy Lapointe, coordonnateur

Liste du personnel

Direction générale

Marcoux, Gérard, directeur général	286-5620
Beauregard, Francine	286-5620
Couture, Ginette	286-5620

Direction du centre de coordination des urgences santé

Lefebvre, Bernard, directeur	286-5650
Afilalo, Marc	286-5655
Apréo, Jean	286-5507
Arbour, Claudette	286-5507
Asselin, Diane	286-5655
Asselin, Monique	286-5507
Beauchamp, Daniel	286-5507
Bergevin, Claudette	286-5650
Berthiaume, Lise-Marie	286-5507
Bertrand, Gilles	286-5507
Bérubé, Géraldine	286-5507
Boileau, Christine	286-5507
Boucher, Françoise	286-5507
Bourdages, André	286-5507
Cagney, André	286-5507
Carrier, Jean	286-5507
Cataford, Francine	286-5507
Cayouette, Denis	286-5507
Champagne, Lise	286-5667
Champagne, Jocelyn	286-5507
Champoux, Louis	286-5507
Chartier, Ginette	286-5507
Cloutier, Nicole	286-5507
Conway Louise	286-5507
De Cardaillac, Françoise	286-5650
Demers, Jean-Guy	286-5654
Deschamps, Claude	286-5594
Dimonte, Anthony	286-5507
Drolet, André	286-5507
Du Temple, Johanne	286-5654
Fontaine, Alain	286-5507
Forget, Michel	286-5507
Fournier, Robert	286-5507
Gagnon, Monique	286-5507
Gaulin, Madeleine	286-5507
Gauthier, Marielle	286-5507
Gendron, Nicole	286-5650
Gervais, Françoise	286-5507
Giroux, Nicole	286-5507
Gravel, Hélène	286-5507
Guay, Danièle	286-5505
Guyonnet, Mireille	286-5507
Hamann, Céline	286-5507
Hébert, Jacques	286-5507
Jégou, Diana	286-5650
Jodoin-Rouleau, Lise	286-5507
Johnson, Diane	286-5650
Krog, Karl	286-5507
Lachaîne, Odette	286-5505
Lachance, Rosane	286-5507
Lafrance, Lise	286-5507
Langevin, Thérèse	286-5507
Langlois, Hélène	286-5507
Larose, Reine	286-5507
Larouche, Chantale	286-5507
Lavoie, Marc	286-5507
Lagacé, Claudette	286-5654
Leblanc, Richard	286-5654
Lefebvre, Orkia	286-5507
Légaré, Claire	286-5507
Lemieux, Louise	286-5507
Lessard, Claude	286-5654
Lessard, Daniel	286-5507
Lutz, Michel	286-5507
Lyons, Jacques	286-5507
Masson, Pierre	286-5652
McDonald, Doris	286-5507
Migneron, Claire	286-5507
Mimeault, Louise	286-5650
Morand, Claudine	286-5507
Nadon, Jocelyne	286-5507
Nadon, Micheline	286-5507
Ouellet, Diane	286-5507
Pagé, Marie	286-5507

Direction du centre de coordination des urgences santé (suite)

Perron, Christiane	286-5507
Phoenix, Doris	286-5650
Popieul, Richard	286-5507
Préfontaine, Aline	286-5654
Pronovost, Odette	286-5652
Rousseau, Céline	286-5507
Roy, Zita	286-5594
St-Aubin, Ginette	286-5507
St-Onge, Louisette	286-5650
Sauriol, Monique	286-5668
Sauvé, Jean-Guy	286-5507
Savage, Jean-Guy	286-5507
Simoneau, Ginette	286-5650
Sylvestre, Louise	286-5507
Talbot, Raymond	286-5507
Thériault, Mélita	286-5650
Toupin, Léo	286-5507
Turcotte, André	286-5507
Valois-Benoît, Gilberte	286-5507
Viens, Claude	286-5650

Direction de la programmation

Deslauriers, Luc, directeur	286-5510
Baril, Huguette	286-5517
Beaulieu, Claire	286-5512
Bélanger, Francine	286-5519
Belley, Monique	286-5526
Bérubé, Yolaine	286-5510
Bordeleau, Luc	286-5545
Bourgeois, Louise	286-5534
Cimon, André	286-5529
Couët-Hudon, Suzanne	286-5542
Doré, Mireille	286-5537
Dorval, Michel	286-5517
Drabbe, Christiane	286-5528
Gagnon, Linda	286-5529
Gauthier, Ginette	286-5535
Grenier, René	286-5513
Lalime, Louise	286-5513
Lambert, Pierrette	286-5528
Langis, Irène	286-5539
Lapointe, Guy	286-5512
Lauzon, Normand	286-5529
Lavigne, Chantale	286-5530
McNeil, Ronald	286-5512
Mucci, Fernand	286-5524
Ouellet, Yvette	286-5537
Papineau, Louise	286-5524
Provencher, Pierre	286-5533
Revert, Marlène	286-5532
Rochon, Francine	286-5522
Sénécal, Jocelyne	286-5529
Sylvestre, Michelle	286-5537
Thauvette, Louis-Paul	286-5527
Touchette, Pierre	286-5519
Tracyk, Colette	286-5535
Valiquette, Claire	286-5529
Villeneuve, Marcel	286-5519

Direction des communications

Caron-Gareau, Louise, directrice	286-5600
Angers, Louise Bazin	286-5604
Aucoin, Sylvie	286-5610
Barrette, Louise	286-5604
Beaulieu, Andrée	286-5614
Beyrouti, Marie-Paule	286-5602
Brodeur, Francine	286-5602
Campion, Nicole	286-5609
Collin, Lauréanne	286-5600
Demers-Allan, Andrée	286-5614
Déquier, Marie	286-5612
Gagnon, Rachel	286-5615
Hébert, Monique	286-5605
Lafond, Diane	286-5612
Laplante, Lisette	286-5608
Lavallée-Grenier, Yvette	286-5500
Léonard, Sylvie	286-5604
Paquet, Bibiane	286-5630
St-Georges, Paule	286-5619

Direction des services administratifs

Larivière, Robert S., directeur	286-5550
Alain, Jean	286-5573
Allie, Diane	286-5561
Beaucage, Marguerite	286-5567
Beaudoin, Pierre	286-5508
Beaulieu, Pierre	286-5588
Boissy, Jocelyne	286-5616
Bouchard, Omer	286-5578
Brabant, Micheline	286-5553
Brisson, Yves	286-5579
Brouillard, Pierre	286-5544
Buist, Jean	286-5591
Cadotte, Jacques	286-5680
Camirand, Pierre	286-5584
Carrière, Claire	286-5548
Charbonneau, Isabelle	286-5582
Cayer, Francine	286-5552
Chevalier, Denis	286-5560
Côté, Robert	286-5583
Côté, Vickie	286-5549
Dalpé, Denise	286-5586
Daoust, Anne-Marie	286-5590
Demers, Robert	286-5565
Descôteaux, Chantale	286-5565
Desrosiers, Rolande	286-5585
Filteau, Jean	286-5568
Fortin, Gemma	286-5556
Fortin, Roland	286-5556
Fortin, Maurice	286-5556
Gervais, Mario	286-5571
Gingras, Jeannine	286-5573
Labelle, Ghislaine	286-5544
Labelle-Queyrel, Claudette	286-5578
Latourelle, Lise	286-5556
Lavallée, Georges	286-5561
Lecours, Lucille	286-5568
Legault, Serge	286-5555
Léveillée, Mireille	286-5571
Martin, Francyne	286-5588
Mauger, Yvan	286-5556
Pelletier, Martine	286-5549
Quévillon, Louise	286-5587
Rondeau, Pierre	286-5561
St-Pierre, Christiane	286-5579
St-Pierre, Lise	286-5556
Surprenant, Claude	286-5567
Tourigny, Béatrice	286-5560
Turcotte, Marquis	286-5616
Vanier, Pierre	286-5553

Abréviations utilisées couramment dans le réseau

MAS	• Ministère des Affaires sociales
CRSSS	• Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSSSRMM	• Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
CCUS	• Centre de coordination des urgences santé
CH	• Centre hospitalier
CHCD	• Centre hospitalier de courte durée
CHSP	• Centre hospitalier de soins prolongés
CA	• Centre d'accueil
CLSC	• Centre local de services communautaires
CSS	• Centre de services sociaux
DSC	• Département de santé communautaire
AHQ	• Association des hôpitaux du Québec
ACAQ	• Association des centres d'accueil du Québec
FCLSC	• Fédération des centres locaux de services communautaires
ACSSQ	• Association des centres de services sociaux du Québec
ACHAP	• Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec
ADGSSQ	• Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec
FASSQ	• Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec
RAMQ	• Régie d'assurance-maladie du Québec
FMOQ	• Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	• Fédération des médecins spécialistes du Québec
ACMDQ	• Association des conseils des médecins et dentistes du Québec
CPMQ	• Corporation professionnelle des médecins du Québec
OIIQ	• Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
APES	• Association des pharmaciens des établissements de santé
ODQ	• Ordre des dentistes du Québec
CAS	• Commission des Affaires sociales
CASF	• Conseil des Affaires sociales et de la famille
AQDM	• Association du Québec pour les déficients mentaux
APIE	• Association provinciale des institutions pour enfants
BCJ	• Bureau de consultation Jeunesse
CCDS	• Conseil canadien de développement social
INRS	• Institut national de la recherche scientifique
OPDQ	• Office de planification et de développement du Québec
OMS	• Organisation mondiale de la santé

Chapitre II — Centre de coordination des urgences santé

Dernier-né du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, la direction du centre de coordination des urgences santé présente son bilan de trois mois d'existence. Le centre grandit vite en dépit des difficultés inhérentes à son fonctionnement et est conscient du fait qu'il lui reste encore du pain sur la planche pour atteindre pleinement les objectifs fixés. Le CCUS s'attachera au cours des mois à venir à mettre en oeuvre les moyens visant à aplanir les difficultés et à maximiser l'efficacité des services à la population.

Visite du centre de coordination des urgenses santé le 19 février 1982 à l'occasion de l'inauguration. De gauche à droite: M. Gérard Marcoux, directeur général du Conseil, M. Jacques Rochefort, député de Gouin, M. Pierre Marc Johnson, ministre des Affaires sociales, M. René Lévesque, Premier ministre, M. Bernard Lefebvre, directeur du centre de coordination des urgences santé et Me P. Michel de Grandpré, président du conseil d'administration.

Vol d'oiseau sur l'historique

M. Bernard Lefebvre
directeur du centre de coordination des urgences santé

Le centre de coordination des urgences santé est l'aboutissement de plusieurs études exhaustives portant sur la situation des services d'urgence et du transport ambulancier dans la région du Montréal métropolitain. Soulignons plus spécifiquement le rapport sur «Le système d'urgence médicale dans la région du Montréal métropolitain» présenté en mai 1974. Ce rapport étayait une étude réalisée par un comité mandaté pour analyser la situation ayant trait aux services d'urgence et aux transports ambulanciers dans la région du Montréal métropolitain. M. Jean-Claude Deschênes, sous-ministre des Affaires sociales avait présidé à ce comité tandis que M. Gérard Marcoux en assumait la vice-présidence.

Dans ses lignes essentielles, le rapport identifiait les bases fondamentales d'un système de coordination des urgences et depuis lors, le Conseil n'a pas cessé d'oeuvrer activement dans les dossiers des urgences. En outre, le mandat du CCUS s'intègre aux responsabilités du Conseil, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que l'organisation desdits services en fonction des particularités régionales.

Dans le même ordre d'idées, le décret 234-81 proclamé le 4 février 1981, investissait le Conseil de responsabilités spécifiques quant à la conception, la mise en oeuvre et la gestion de systèmes ayant trait

— aux politiques d'admission et de transferts de l'ensemble des établissements de la région 06-A

— aux dispositions et modes de fonctionnement des services d'urgence

— à l'affectation et la distribution des lits

— à la mise à jour quotidienne de la situation dans les établissements: inscriptions, admissions, hospitalisations, transferts et transports ambulanciers

— à la mise sur pied d'un centre de coordination pourvu des fonctions d'autorité essentielles à la répartition des cas d'urgence, inter-établissements ou autres

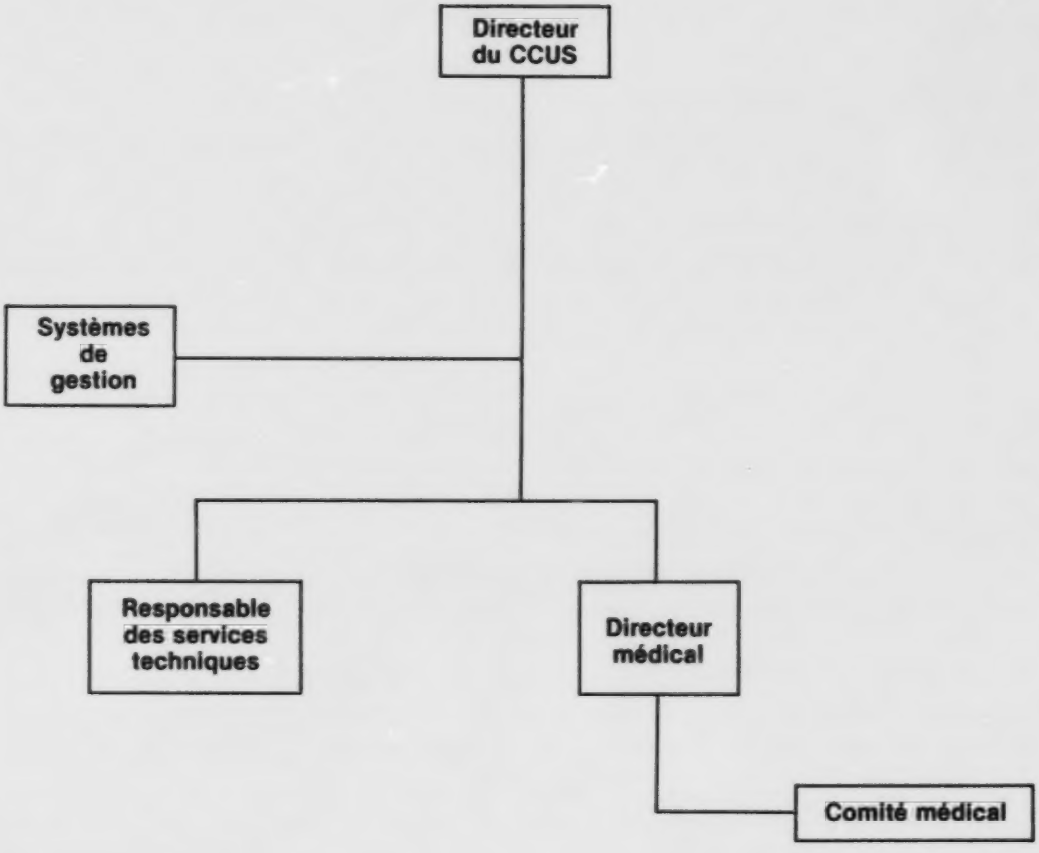
— enfin, à la réorganisation du transport ambulancier.

Conformément à l'article 18.3 voté en décembre dernier modifiant les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministre des Affaires sociales approuvait les crédits appropriés en vue du lancement imminent du CCUS.

Une équipe recrutée à même le personnel de l'ensemble des directions du Conseil a veillé à l'élaboration, la planification et la mise en oeuvre du CCUS. C'est également cette même équipe qui a recruté puis formé les effectifs embauchés ultérieurement et qui a coordonné les négociations qui s'imposaient avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et avec les transporteurs ambulanciers.

En fait, grâce à cet étroit travail d'équipe, le Conseil a pu lancer le centre de coordination des urgences santé dès le 22 décembre 1981, à la faveur du public et des établissements.

CENTRE DE COORDINATION DES URGENCES SANTÉ



Bernard Lefebvre, directeur du centre de coordination des urgences santé
Jean-Guy Demers, responsable des services techniques
Pierre Masson, directeur médical

L'organisation du centre

Trois équipes veillent à la mise en application des responsabilités du centre:

1. l'équipe-appel

a) enregistre et analyse les appels des citoyens

b) identifie à l'aide d'une grille de questions-clés les appels nécessitant une intervention d'urgence

c) dirige les autres appels vers les ressources de références appropriées (polycliniques, centres hospitaliers, centres de services sociaux, CLSC, etc.)

Ces tâches sont exécutées par une équipe d'infirmières et infirmiers expérimentés en service d'urgence et assistés de médecins et d'une travailleuse sociale.

2. l'équipe de répartition

a) veille à la prompte répartition des cas d'urgences majeures entre les centres hospitaliers opérant un service d'urgence

b) veille à l'exécution rapide des services d'urgences majeures (médecin, ambulance ou les deux)

c) veille à la prise en charge et à la répartition des transports ambulanciers inter-établissements (diagnostics, traitements spécialisés, etc.)

3. l'équipe d'information

Cette équipe sert d'appui aux deux premières. Essentiellement, elle est chargée de-mettre à jour une banque d'informations régionales portant sur:

a) les conditions d'accessibilité des services d'urgence dans les établissements

b) l'inventaire et la mise à jour des ressources de références (types d'établissements, services offerts, horaires, etc.)

c) l'enregistrement des demandes

d) la prestation de services

e) l'analyse rétroactive.

L'organisation médicale

Le directeur médical

Sous l'autorité du directeur du CCUS, il planifie, organise, dirige et contrôle les opérations de réception, de répartition et de dispensation des visites médicales d'urgence hors établissement ainsi que des transports ambulanciers. Il coordonne également le fonctionnement des ressources internes du CCUS relevant de sa compétence et toutes les activités ayant une incidence médicale.

Le comité médical

Composé de sept médecins, ce comité est chargé d'établir et de suggérer au Conseil, des normes et des pratiques médicales hors établissement. Plus précisément, il établit les critères d'inscription des médecins, évalue les candidatures et présente les recommandations appropriées au Conseil, détermine le contenu des trousses médicales. Il veille à la création d'un dossier-type, à l'évaluation et à l'information médicale et formule toutes suggestions visant à l'amélioration du système de visites médicales hors établissement.

Médecin coordonnateur

Sous l'autorité du comité médical, il établit les listes de garde des médecins, coordonne et contrôle la prestation des soins par les médecins inscrits ainsi que les activités professionnelles des médecins de service et des médecins agissant à titre de chefs de secteur.

Chefs de secteur

Ils sont au nombre de sept, soit un par département de santé communautaire, à l'exception du département de santé communautaire de Laval. Leur rôle est principalement d'assister le médecin coordonnateur; chacun d'eux coordonne l'horaire des médecins affectés aux visites à domicile ou sur le terrain.

Médecins inscrits

On en compte environ cent trente. Il s'agit généralement d'omnipraticiens, âgés de 25 à 35 ans à l'emploi d'établissements et/ou travaillant à leur propre compte, avec un goût particulier pour les soins d'urgence hors établissement. Leur moyenne de temps de travail est de deux quarts de garde par semaine. Ils assurent la couverture du territoire vingt-quatre heures par jour.

Médecins de service

Ces médecins agissent en qualité d'experts lorsque l'identification du risque fait l'objet d'ambiguïté ou de doute. Leur période de garde s'étend sur vingt-quatre heures.

Le transport ambulancier

En vertu de l'article 18.3 de la loi 27 stipulant que tout détenteur de permis d'ambulance de la région 06-A doit obligatoirement s'inscrire au Conseil ce dernier a conclu une entente de service avec les propriétaires ambulanciers de la région. Ces derniers mettent ainsi à la disposition exclusive du centre de coordination l'ensemble des véhicules disponibles sur le territoire. En contrepartie, le Conseil s'engage à faire preuve d'équité quant à la distribution et la répartition des transports ambulanciers.

Statistiques

Nombre de propriétaires d'ambulances:	17
Nombre d'ambulances:	64
Nombre d'ambulances en circulation en même temps (maximum):	45
Transports primaires (du domicile vers un établissement)	
Moyenne par jour:	121
Heures de pointe:	14h à 15h
	18h à 21h
Transports secondaires (inter-établissements)	
Moyenne par jour:	202
Heures de pointe:	10h à 14h

Bilan statistique des modules

TABLEAU I

VENTILATION DES APPELS TRAITÉS AU 842-4242

	Nuit	Jour	Soir	Total
Au 31 déc. 1981				9 920
Janvier 1982	6 206	15 645	13 662	35 513
Février 1982	3 963	9 895	9 241	23 049
Mars 1982*	3 831	10 091	9 114	23 154
				91 518

Ce tableau représente le nombre d'appels traités depuis l'ouverture du centre, c'est-à-dire le nombre d'appels pour lesquels nous avons accordé une réponse à un citoyen, qu'il s'agisse de l'évaluation d'un risque, de l'envoi d'une ressource hors établissement, d'une référence aux nombreuses ressources métropolitaines, en passant par des propos rassurants ou encore de l'information générale.

En somme, le CCUS a traité 91 518 appels en 97 jours d'opération, soit une moyenne de 943 appels par jour.

* Ces chiffres reflètent les données recueillies au 28 mars. La production du rapport annuel avant le 31 mars explique que nous ne tenions pas compte des trois derniers jours de fonctionnement quant aux appels traités.

TABLEAU II

ÉVALUATION DES BESOINS ET AFFECTATION DES RESSOURCES

	Depuis le 22 décembre 1981	Moyenne par jour
Affectation de médecins	15 733	162
Affectation d'ambulances	11 981	123

Si l'on se réfère au nombre total des appels du tableau I, en fonction de l'appréciation du besoin faite par l'équipe-appel, nous constatons qu'environ 17% des appels ont donné lieu à une visite de médecin et qu'environ 13% de ces mêmes appels ont donné lieu à l'affectation d'une ambulance.

Les heures de pointe relatives aux visites et affectations s'échelonnent entre 10h et 14h et entre 18h et 22h.

Nous voulons souligner que le médecin et/ou l'ambulance sont envoyé(s) en «STAT», «0 minute», «15 minutes» ou «30 minutes» selon le degré d'urgence. En conséquence de quoi, les temps de réponse pour un transfert ambulancier inter-établissements ou pour le transport d'un citoyen vers un centre hospitalier par ambulance pour un examen clinique varieront selon le degré d'urgence.

Affectation des ambulances

En fonction de la demande de l'équipe-appel, les répartiteurs veillent à affecter le médecin vers un domicile et/ou l'ambulance vers ce même domicile. Ils veillent également à diriger cette ambulance vers le service d'urgence disponible et le plus apte à traiter le bénéficiaire. Un aperçu de ce travail d'affectation est illustré au tableau II. À ceci s'ajoute la répartition et l'affectation des transports ambulanciers entre établissements. En effet, tout établissement qui désire voir un de ses bénéficiaires transporté d'un établissement à un autre que ce soit pour fins de transfert et/ou diagnostic fait appel à nos services. Il faut noter que les appels des établissements ne sont pas dirigés sur le 842-4242 mais sur des lignes téléphoniques qui leur sont dédiées. Une autre équipe prend note de ces transports et transmet ensuite, au moment opportun, l'horaire au répartiteur.

TABLEAU III

AFFECTATION ET RÉPARTITION DE L'ENSEMBLE DES RESSOURCES

	Depuis le 22 décembre 1981	Moyenne par jour
Affectation des médecins	15 773	162
Affectation des ambulances	11 981	123
Affectation des ambulances inter-établissements	*19 846	202

Ce tableau met en relief la charge de travail effectué par cette équipe puisqu'elle veille à répartir près de 500 appels par jour en fonction des divers besoins des usagers.

* Cette donnée est approximative puisqu'il fut difficile de retenir les données statistiques exactes au cours des dix premiers jours d'opération.

Coordination des salles d'urgence

En 1981-1982, le Conseil diffusait et faisait approuver par les conseils d'administration des centres hospitaliers de courte durée une politique de base intitulée «Politiques et procédures relatives à l'admission dans les CHCD opérant un service des urgences». Cette politique visait essentiellement trois objectifs:

— consacrer prioritaire l'admission urgente d'un bénéficiaire en milieu hospitalier

— identifier une seule autorité de coordination quant aux urgences dans chaque établissement favorisant ainsi un lien constant et direct entre le Conseil et l'établissement

— s'assurer qu'aucun centre hospitalier de courte durée ne réduise ou suspende de son propre chef l'accessibilité à son urgence. Le CCUS est le seul habilité à autoriser la fermeture d'une salle d'urgence ou à coordonner sa limitation d'accès temporaire, selon le besoin.

Ainsi, le Conseil a concrétisé son rôle de coordonnateur et jeté les bases d'un réseau organisé de salles d'urgence sur son territoire.

Le Conseil joue aussi un rôle important dan. la coordination des services d'urgence grâce à la cueillette centralisée de données sur l'état des établissements. En effet, le CCUS cumule quotidiennement pour les vingt-neuf services d'urgence du réseau des CHCD des données sur l'état de leur service d'urgence, des lits disponibles, des admissions électives et des besoins en admission d'urgence.

Ces données servent à répartir le plus équitablement possible les cas d'urgence. Elles sont aussi utilisées comme base d'évaluation dans les situations où un établissement demande l'autorisation de réduire temporairement l'accessibilité à son service des urgences.

Le Conseil informe mensuellement les centres hospitaliers des avis autorisés de détournements d'ambulances ayant trait à leur établissement ainsi qu'à l'ensemble des établissements.

À titre indicatif, au cours du mois de janvier, le centre de coordination des urgences santé a autorisé 172 détournements d'ambulances, visant quelque 19 établissements, soit un total de 2 192 heures de fermeture temporaire.

Entretemps, le CCUS a pu diriger les bénéficiaires vers d'autres services d'urgence.

Perspectives d'avenir

Les objectifs que nous nous sommes fixés pour l'année en cours sont les suivants:

— le maintien et l'amélioration de l'accessibilité aux services d'urgence des centres hospitaliers

— l'amélioration constante de l'efficacité du personnel interne ainsi que des outils de travail

— l'intégration des différents systèmes de gestion

— la surveillance, le contrôle et l'amélioration constante de la qualité des services médicaux et ambulanciers avec la participation active de tous les professionnels du centre

— une rationalisation accrue du transport ambulancier

— l'amélioration du temps-réponse dans l'affectation des ressources

— de pair avec les autres directions du Conseil et les établissements, l'articulation d'une approche plus directe à la population concernant:

  • l'utilisation exclusive de nos services pour des fins d'urgence majeure

  • une meilleure connaissance et utilisation des ressources de santé et sociales de la région

  • des activités préventives en matière de santé

Ces objectifs seront traduits au moyen de plans d'action acceptés par le conseil d'administration et véhiculés aux interlocuteurs appropriés: la population, les établissements et le personnel.

En conclusion, nous focalisons nos efforts sur l'optimisation des ressources dans la mesure où nous saurons susciter une participation éclairée du réseau à nos activités.

Chapitre III — Direction de la programmation

M. Luc Deslauriers
directeur de la programmation

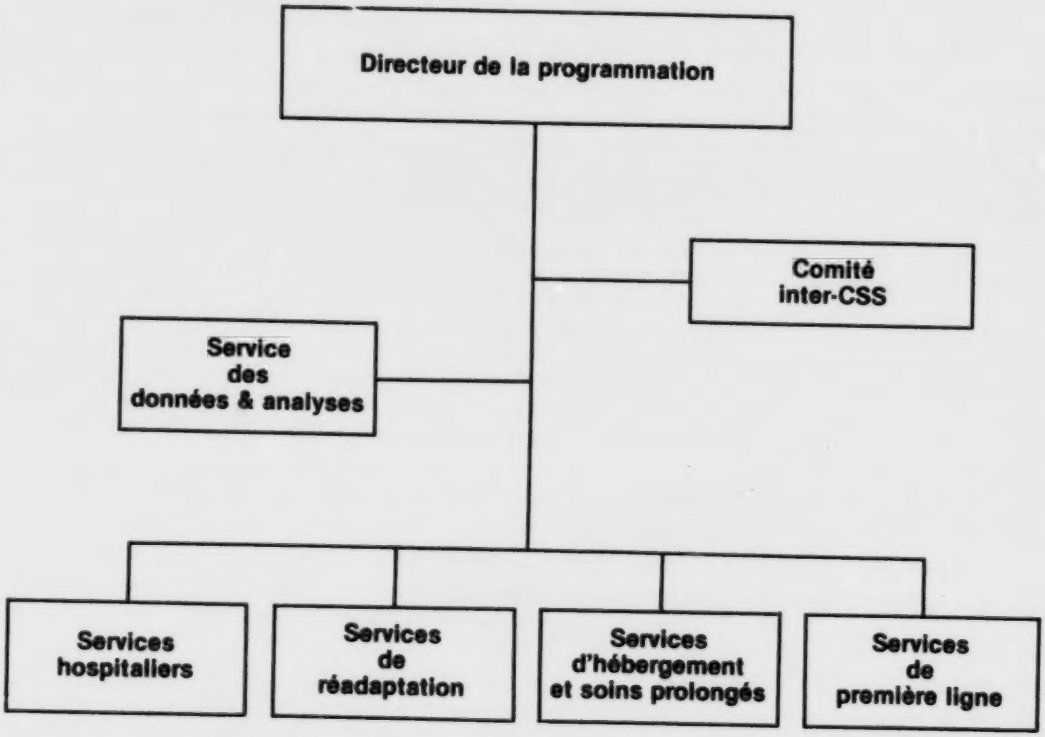
Les activités de l'année 1981-1982 étaient planifiées en fonction de l'articulation de réseaux de services. Pour ce faire, les priorités globales étaient axées sur une meilleure connaissance de l'organisation régionale des services, le développement et le prolongement des mécanismes de concertation que sont les commissions et comités de programmation, et le développement et l'implantation de modèles de réallocation de ressources pour à la fois mettre l'accent sur la complémentarité et la continuité de services et tenter de mieux répondre aux besoins nouveaux ou négligés.

Plusieurs résultats en ce sens ont été atteints comme en font foi les exposés par réseau de services qui suivent. Toutefois, il faut souligner que les plans d'actions ont été bousculés, tout comme les opérations des établissements et organismes du réseau, par l'opération plans de redressement budgétaire. Plusieurs projets d'amélioration de l'efficacité et du fonctionnement des réseaux de services ont subi des retards et parfois des mises au rancart, compte tenu de la rapidité, du manque de planification et du caractère impératif de cette opération.

Malgré cette espèce de tornade au milieu de laquelle nous avons eu à travailler, il s'est dégagé un certain nombre de constats devant guider nos activités pour 1982-1983.

Parmi ces constats, mentionnons que nonobstant les difficultés, le Conseil se doit de poursuivre son action pour améliorer l'efficacité des réseaux de services en forçant et facilitant les liens entre les services de première ligne et les services institutionnels. D'autre part, il faut poursuivre le développement de plans directeurs ou de plans de réaménagement pour chacun des réseaux de services, pour chacun des programmes de services; la mise sur pied récente du comité régional en santé communautaire, dont un des objectifs est de mieux orienter et utiliser les travaux de planification des centres de services sociaux et des départements de santé communautaire, devrait constituer un apport non négligeable en ce domaine.

Finalement, les relations et modes de travail entre le ministère des Affaires sociales et le Conseil ont été définis en cours de processus avec des résultats tantôt pénibles tantôt prometteurs. Cette dimension sera l'objet d'une attention particulière en 1982-1983.



Luc Deslauriers, directeur de la programmation
Francine Rochon, coordonnatrice du comité inter-CSS
Pierre Provencher, responsable du service des données et analyses
Marcel Villeneuve, responsable des services hospitaliers
René Grenier, responsable des services de réadaptation
Colette Tracyk, responsable des services d'hébergement et de soins prolongés
André Cimon, responsable des services de première ligne

Service des données et analyses

Formation d'un comité régional en santé communautaire

Les fonctions de la santé communautaire sont principalement:

— l'évaluation de l'état de santé de la population, l'identification des problèmes de santé et l'analyse de leurs causes et des moyens de les prévenir

— l'élaboration de programmes de santé

— l'évaluation de l'impact des programmes.

La diffusion des connaissances ainsi acquises et la mise en oeuvre des programmes ainsi élaborés repose sur des mesures de concertation des ressources du réseau et des énergies communautaires tant aux niveaux local et sous-régional que régional.

Ces fonctions ne sont pas le mandat exclusif d'aucun organisme particulier. À des degrés divers, chacun des intervenants doit situer son action dans le cadre d'une telle approche en santé communautaire. Cependant moins l'on est en contact direct avec une population locale bien délimitée et au champ d'action bien spécifique, moins il est possible d'obtenir la vue d'ensemble nécessaire à l'identification des problèmes prioritaires et des programmes susceptibles d'obtenir les résultats les plus efficaces. Ce que l'on acquiert et réalise par action directe auprès de la population à l'échelon local — dans le cadre d'un centre local de services communautaires, par exemple — doit faire l'objet d'études, analyses et consultations à l'échelon sous-régional et plus encore à l'échelon régional.

Le comité régional en santé communautaire regroupe les principaux intervenants régionaux et sous-régionaux en santé communautaire:

— le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

— les représentants des universités de Montréal et McGill

— les départements de santé communautaire

— les centres de services sociaux.

Le comité régional verra à la concertation de ces divers intervenants et au développement des fonctions de santé communautaire chez chacun d'eux. En retour, nous espérons que de plus en plus par le biais de ce comité régional, il sera possible de fournir au Conseil et à ses diverses commissions administratives les expertises nécessaires concernant l'état de santé de la population et les politiques de santé qui devraient présider à l'élaboration des modèles des services de santé et des services sociaux dans la région.

Comité inter-centres de services sociaux

Les compressions budgétaires

La préoccupation majeure de l'année 1981-1982 fut les compressions budgétaires. En effet, les trois centres de services sociaux de la région 06-A ont été durement touchés avec une compression de l'ordre de 11%. Les centres de services sociaux ont participé à l'identification des priorités régionales préalable à la préparation des plans de redressement.

Cependant, l'ampleur de la coupure entraîna malgré le désaccord du Conseil, des compressions dans certains secteurs prioritaires. L'exercice des plans de redressement a été long et difficile: le centre de services sociaux Ville-Marie a dû présenter jusqu'à deux plans avant de se conformer à l'objectif financier du ministère des Affaires sociales, et la troisième partie du plan du centre de services sociaux du Montréal métropolitain sera présentée pour fins d'analyse et de recommandations au Conseil en avril 1982.

Mise en commun des services

Dans le cadre de la rationalisation régionale des ressources, les directeurs généraux des centres de services sociaux ont travaillé de concert avec la permanence du Conseil à l'identification de services communs pouvant être partagés à des fins d'économies. Les secteurs investigués furent la paie, les contributions parentales, le paiement des ressources, les comptes des fournisseurs, l'informatique et le système intégré d'information.

Il a été décidé d'étudier de façon exhaustive tout l'aspect informatique. Un état de la situation actuelle a été préparé; les besoins et les ressources ont été inventoriés. Un rapport complet étayant dix hypothèses de regroupement du service informatique fut remis aux trois centres de services sociaux.

L'objectif pour l'année 1982-1983 vise à finaliser une proposition sur laquelle doivent s'entendre les CSS et le Conseil et à implanter la formule de regroupement choisie.

Financement des centres de services sociaux

À ce chapitre, un accord de principe fut conclu entre les trois directeurs généraux des CSS, le Conseil et le ministère des Affaires sociales. En effet, les parties ont convenu un partage territorial modifié: les centres de services sociaux seront responsables d'un ou plusieurs territoires de départements de santé communautaire.

Cette modification implique une réallocation de certains territoires de centres locaux de services communautaires à l'un ou l'autre des centres de services sociaux. Ainsi, le centre de services sociaux juifs à la famille deviendrait responsable du département de santé communautaire de Ste-Justine, le centre des services sociaux Ville-Marie des départements de santé communautaire du Lakeshore et du Montréal général, et le centre des services sociaux du Montréal métropolitain des départements de santé communautaire de Maisonneuve-Rosemont, Laval, Sacré-Coeur, St-Luc et Verdun. Les parties se sont aussi entendues sur les grands principes à la base d'une nouvelle répartition budgétaire:

— les services sociaux en milieu ouvert, incluant les services sociaux en centres d'accueil, seraient financés en fonction des populations sous la responsabilité administrative des centres de services sociaux

— les services sociaux institutionnels (hospitaliers et scolaires) seraient financés au prorata des lits et des clientèles selon le cas

Dans le but de respecter les réalités socio-culturelles des populations, des ententes de services devront être conclues entre les centres de services sociaux afin que ceux-ci puissent desservir des regroupements de leur communauté respective hors de leur territoire.

L'objectif 1982-1983 sera de finaliser la nouvelle répartition budgétaire et de l'implanter selon un échéancier à établir.

Services hospitaliers

Commission administrative des services médicaux

Au cours de l'année 1981-1982, le mandat de la commission administrative des services médicaux a été élargi à l'ensemble des centres hospitaliers de courte durée de la région. En plus de l'application de l'article 43b de la loi qui confiait au Conseil régional la responsabilité d'approuver les plans d'organisation des centres hospitaliers affiliés à une université, la commission a inclus dans son mandat la coordination des activités reliées à l'organisation des ressources et services de l'ensemble du réseau.

Objectifs

Au cours de l'année 1981-1982, la commission visait les objectifs suivants:

— acquérir une meilleure connaissance des ressources hospitalières et de leur distribution

— définir un plan d'orientation régional des services hospitaliers en précisant les priorités d'action, les mécanismes permettant une meilleure coordination des services existants et une plus grande complémentarité des établissements

— maintenir et consolider la prise en charge régionale du réseau hospitalier quant à la prestation de services

Activités des comités

L'année 1981-1982 a été principalement axée sur les travaux des comités créés en mars 1981 par la commission des services médicaux: ces comités ont précisé les problématiques régionales de plusieurs champs d'activités afin de permettre une allocation et une distribution des ressources en fonction des besoins de la population.

Le comité sur l'accès aux services hospitaliers et les ressources alternatives à l'hospitalisation

Ce comité a concentré ses efforts, au cours des trois premiers mois de son mandat, dans un rôle d'expertise-conseil auprès de la permanence du Conseil régional pour la conception et la mise en oeuvre du centre de coordination des urgences santé.

Par ailleurs, le comité a défini un cadre de référence pour l'évaluation de l'équilibre besoins-ressources pour hospitalisation de courte durée. Il a en outre produit une analyse du partage inter-régional des ressources financières pour les soins de courte durée.

Le comité d'obstétrique-gynécologie

Au cours de 1981-1982, le comité a effectué l'ensemble des travaux qui l'ont conduit à recommander la fermeture de cinq services d'obstétrique dans les centres hospitaliers de courte durée suivants:

Ste-Jeanne d'Arc	:	845 accouchements par année
Bellechasse	:	917 accouchements par année
Verdun	:	723 accouchements par année
Fleury	:	1 023 accouchements par année
Général Lachine	:	564 accouchements par année

L'économie régionale prévue est de l'ordre de 2 millions de dollars. Des critères de niveau de soins en obstétrique-gynécologie ont également été élaborés en vue de rattacher les neuf services d'obstétrique spécialisés (niveau 11) aux centres ultra-spécialisés (niveau 111).

Le comité de pédiatrie

Le comité de pédiatrie a élaboré un projet de politique en matière d'admissions pédiatriques dans la région de Montréal métropolitain de façon à limiter les interventions chirurgicales pratiquées sur des enfants de 14 ans et moins, aux uniques centres qui opèrent un service ou un département de pédiatrie dans la région. Cette politique devra être soumise au conseil d'administration du Conseil au début de l'année 1982-1983.

Les représentants de l'hôpital Sainte-Justine et de l'hôpital de Montréal pour enfants prépareront un projet de complémentarité de certains de leurs services, lequel devrait être finalisé en juin 1982.

Le comité sur les services aux insuffisants rénaux chroniques

Le ministère des Affaires sociales élabore actuellement un inventaire des clientèles-ressources. Le comité analysera la problématique régionale dès l'obtention de ces informations.

Le comité d'oncologie

Ce comité a formulé des recommandations préliminaires concernant la déclaration obligatoire des cas de cancer, lesquelles n'ont pas été retenues par le ministère. Le comité a en outre formulé les priorités en matière d'équipements de radiothérapie, notamment l'acquisition de deux accélérateurs linéaires dans les hôpitaux Notre-Dame et Maisonneuve-Rosemont.

Le comité de cardiologie et chirurgie cardio-vasculaire

Ce comité a tenu deux réunions concernant l'orientation de ces services sur le territoire de notre région. Suite aux difficultés survenues, le Conseil est intervenu pour maintenir les services de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et demander la collaboration des équipes de médecins de l'Institut de cardiologie de Montréal et de l'hôpital Notre-Dame dans la prise en charge des besoins de cette population.

Le comité sur la greffe de la moelle osseuse

Suite aux travaux de ce comité, le Conseil a recommandé au ministère des Affaires sociales l'implantation d'un centre de traitement de greffes de la moelle osseuse et d'une clinique au sein de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et d'une autre clinique à l'hôpital de Montréal pour enfants. Le ministère a décidé de limiter la réalisation de ce projet au seul centre hospitalier de Maisonneuve-Rosemont.

Le comité sur les services aux blessés médullaires

Ce comité a recommandé que l'Institut de Réadaptation, après entente avec le centre hospitalier des Convalescents de Montréal, dispose d'une unité de soins pour les blessés médullaires traités pour des complications médicales et chirurgicales (urologie, plastie, etc.) par des centres hospitaliers de courte durée qui auront été désignés à cette fin. Ces centres hospitaliers de courte durée devront avoir un contrat de service avec l'Institut de Réadaptation. De plus, le comité a recommandé que des études soient poursuivies afin d'identifier les secteurs où seront traités les cas médullaires aigus.

Le comité de planification familiale

Compte tenu des travaux en cours au ministère des Affaires sociales, il est recommandé de suspendre le mandat de ce comité.

Les dossiers

Plans de redressement

Un groupe de travail de la commission a participé à l'analyse détaillée des plans de redressement soumis par les centres hospitaliers de courte durée et à la formulation de recommandations qui ont été soumises au conseil d'administration du Conseil. Ce dernier avait adopté, entre autres recommandations, la limitation maximale de fermetures de lits de courte durée, c'est-à-dire que chaque projet de fermeture soit étudié avec beaucoup de prudence, compte tenu de la situation défavorable qui existe déjà dans la région du Montréal métropolitain.

Fonctionnement de la commission

Une analyse du fonctionnement de la commission et de sa composition a été amorcée en vue d'améliorer l'efficacité du processus de consultation et de décision du Conseil.

Le conseil d'administration, à la suite d'une proposition en ce sens, approuvait la formation d'une nouvelle commission administrative dite «des services hospitaliers de courte durée» en remplacement de la commission administrative des services médicaux. La commission est dorénavant composée de 17 membres.

Perspectives et orientations 1982-1983

L'année 1982-1983 sera d'abord marquée par la formation de la nouvelle commission des services hospitaliers de courte durée dont voici les objectifs:

— acquérir une meilleure connaissance des ressources hospitalières de courte durée et de leur distribution

— définir un plan de rationalisation des ressources et des services hospitaliers en fonction des ressources de chaque établissement ou organisation

— définir des mécanismes visant une coordination efficace eu égard aux services existants d'une part, et à la consolidation des établissements, d'autre part

— maintenir et/ou raffermir la participation du réseau hospitalier à la prise en charge régionale de l'organisation des services offerts par les établissements

Les priorités de la commission des services hospitaliers furent définies comme suit:

— réviser le mandat de chacun des huit comités et suggérer, s'il y a lieu, toutes modifications utiles à l'atteinte des objectifs de la commission

— définir de nouveaux champs d'étude et d'analyse permettant d'atteindre les objectifs de rationalisation régionale

— déterminer le type de mécanismes de concertation les plus appropriés à la poursuite des objectifs de la commission

— déterminer les mécanismes d'analyse des plans d'organisation des établissements en vertu du mandat conféré au Conseil par le projet de loi 27.

Enfin, les travaux des comités devront être orientés vers l'analyse des problématiques régionales et leur composition, traduire le souci de participation du réseau dans le processus de prise en charge régionale en même temps que le souci d'une structure adaptée à la nature des travaux requis.

Commission administrative des services psychiatriques

Formée en 1978, la commission des services psychiatriques oriente ses travaux en fonction des orientations régionales établies par le conseil d'administration du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain. Cette commission administrative assume la coordination adéquate et soutenue des services de santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal. Dans le même ordre d'idées, la commission des services psychiatriques veille à:

— évaluer fidèlement le rapport de conformité entre les besoins et les ressources en matière de prestation de services de santé mentale aux enfants et aux adultes de la région du Montréal métropolitain

— répartir équitablement les ressources régionales à l'aide de plans correcteurs du réseau de services

— favoriser la prestation soutenue de services au moyen de mécanismes de concertation et de coordination inter-établissements

— s'assurer de la prestation de services appropriés aux besoins manifestés par la population; à cet effet, elle s'attache à identifier les ressources existantes en vue d'établir les paramètres sous-tendant le développement des ressources essentielles en matière de santé mentale

— étudier les plans de redressement (et de développement) des établissements et des organismes

— rationaliser les ressources existantes en proposant soit des réallocations de ressources, soit des répartitions de l'enveloppe régionale de développement

— conseiller le Conseil régional en matière d'orientations et de priorités concernant les services de santé mentale.

Objectif

La commission des services psychiatriques veille à la prestation soutenue de services de qualité à l'ensemble de la population du Montréal métropolitain.

Priorités

Dans un contexte de redressement budgétaire et d'inexistence de budget de développement, la commission des services psychiatriques met l'accent sur la rationalisation des ressources.

Cet objectif de rationalisation s'applique à l'organisation fonctionnelle et à la répartition des services psychiatriques sur le territoire en vue d'atteindre les buts déjà fixés, soit: l'accessibilité, la qualité et la continuité des services.

La commission des services psychiatriques soutient que la mise en oeuvre des services efficaces commande à priori la création d'un réseau de services aussi complet que possible et le développement de liens étroits et complémentaires entre les établissements. En effet, l'utilisation maximale des ressources encore disponibles dépend essentiellement de ces deux pré-requis.

Plans d'action et orientations spécifiques

Les études et les interventions recommandées par la commission des services psychiatriques reflètent clairement l'importance accordée à la planification et à la programmation des services, en vue d'atteindre ses objectifs. En 1982-1983, la commission élaborera des modèles de gestion et d'organisation de départements de psychiatrie et revisera l'organisation des services de psychiatrie aux enfants et aux adolescents. Un modèle de développement d'un réseau de services intégrés à la communauté sera conçu à l'intention de la clientèle adulte (ressources alternatives).

Ces trois démarches en planification procéderont tant à l'évaluation de l'accessibilité, la continuité des soins en courte et longue durée qu'à l'adéquation besoins/ressources. De plus, à ce niveau de planification, des liens d'échange s'établiront avec la commission de la mécadaptation sociale et avec la commission de la déficience mentale.

Quant à l'utilisation plus rationnelle des ressources d'hébergement et de traitement de courte durée, la commission entreprendra l'étude d'un système d'info-admission spécifique à la clientèle psychiatrique. Mis au point, ce système servira à recueillir plus efficacement l'information ayant trait à la disponibilité des ressources et à l'identification des besoins non comblés. En dernière analyse, la commission pourra utiliser ces données afin d'étudier la problématique des services d'hébergement de longue durée.

Parallèlement, une nouvelle sectorisation vient redéfinir la responsabilité territoriale des centres hospitaliers desservant la clientèle adulte. Les objectifs en cause portent notamment sur une répartition plus judicieuse du volume des demandes de services et sur l'utilisation optimale des ressources disponibles. Une fois appliquée, cette nouvelle sectorisation fera constamment l'objet d'une réévaluation: cette pratique permettra d'apporter sur-le-champ les réajustements qui s'imposent, le cas échéant.

En outre, les effectifs psychiatriques (nomination des psychiatres) des centres hospitaliers fait l'objet d'une étude spéciale. La commission des services psychiatriques souhaite mieux coordonner avec le ministère des Affaires sociales l'attribution des effectifs afin d'en assurer une meilleure distribution.

Les programmes prioritaires de 1981-1982 visant la désinstitutionnalisation au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, n'ont pu être réalisés. Toutefois, la mise en oeuvre desdits programmes a été reportée en 1982-1983, vu l'importance d'intégrer le centre Louis-H. Lafontaine à une vocation régionale, sous-régionale et sectorielle.

Les travaux de la commission des services psychiatriques sont présentement en cours; les rapports des comités de travail sont prévus pour le mois de juin 1982, abstraction faite de l'étude du système info-admission, laquelle est reportée à l'été prochain et de l'intervention-programmation à Louis-H. Lafontaine.

Au cours de l'année 1981-1982, la commission des services psychiatriques a réalisé les activités suivantes:

— analyse des demandes de développement soumises par les établissements dans le cadre de l'application de la directive 30-00-05A et les recommandations de développement jugées prioritaires

— création d'un mécanisme de traitement des demandes d'effectifs et la construction d'un fichier des effectifs médicaux psychiatriques

— analyse de la situation des urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers de courte durée

— élaboration d'une nouvelle responsabilité territoriale pour les services psychiatriques aux adultes (sectorisation)

— révision des services offerts en pédo-psychiatrie

— élaboration d'un cadre de développement pour un réseau de services intégrés à la communauté à l'intention de la clientèle adulte

— intervention conjointe de la commission des services psychiatriques et du ministère des Affaires sociales quant à l'implantation de programmes de désinstitutionnalisation au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.

Perspectives d'avenir

La commission des services psychiatriques espère maintenir cette présente orientation en tenant compte des problèmes actuels, soulevés tant par les restrictions budgétaires que par le manque d'effectifs. À l'écoute des établissements concernés par la distribution des services et avec leur étroite collaboration, la commission des services psychiatriques souhaite préserver le maintien de la qualité et de la quantité maximales des services offerts à la population, grâce aux objectifs suivants:

— la mise sur pied d'un système info-admission spécifique à la clientèle psychiatrique pour les hôpitaux de courte durée

— le développement de ressources alternatives

— la révision continue de la répartition et de l'organisation des services de santé mentale sur le territoire ainsi que l'utilisation maximale des ressources.

Services de réadaptation

Commission administrative de la mésadaptation sociale

Objectifs

La commission administrative de la mésadaptation sociale du Montréal métropolitain a déterminé prioritaire la mise en oeuvre du plan de réaménagement des centres d'accueil de la mésadaptation sociale. De plus, une définition des modalités de fonctionnement régional fut entreprise et l'inventaire des services jeunesse spécifiques à la mésadaptation sociale poursuivi.

Activités

Le mandat des comités mis sur pied en 1981-1982 visait l'opérationnalisation de ces objectifs. Ainsi, cinq sous-comités de la commission administrative ont siégé régulièrement et procédé à l'inventaire des besoins et des ressources spécifiques à la mésadaptation sociale (centres locaux de services communautaires, centres hospitaliers, centres de services sociaux, centres d'accueil, organismes communautaires).

Parallèlement, des sous-comités ont travaillé à l'implantation de certaines mesures du plan de réaménagement et se sont attachés à préciser les modalités de fonctionnement de la commission administrative de la mésadaptation sociale. Les résultats de ces travaux seront effectifs au cours de la prochaine année.

Perspective

La commission administrative de la mésadaptation sociale a défini ses priorités de la façon suivante:

— stabiliser le réseau des services de la mésadaptation sociale

- finaliser l'implantation d'un plan de réaménagement
- assurer l'équilibre budgétaire des services du réseau de la mésadaptation sociale en fonction de moyens mis à sa disposition

— garantir un réseau de services versus un réseau d'établissements

- finaliser l'étude des besoins-ressources des services jeunesse spécifiques à la mésadaptation sociale
- définir les orientations spécifiques quant au développement de programmes dans le réseau de la mésadaptation sociale
- mettre l'accent sur la concertation entre les différents réseaux.

Compte tenu des contraintes budgétaires, du taux de criminalité accru chez les jeunes, de la révision actuelle des lois (loi 24, projet de loi C-61), la commission administrative de la mésadaptation sociale devra au cours de la prochaine année, proposer des orientations innovatrices. Dans le même ordre d'idées, elle s'attachera essentiellement à définir un programme-cadre de services à la jeunesse en difficulté. Ce programme reflétera les besoins de la région métropolitaine de son contexte urbain et le potentiel des ressources existantes. En d'autres mots, il tendra vers une approche plus régionale du problème des jeunes mésadaptés socio-affectifs.

Services aux personnes handicapées intellectuellement

L'année 1981-1982 marquait un point tournant dans le réseau de services aux personnes handicapées intellectuellement. Au cours de l'année, le Conseil régional a mis fin aux travaux du comité régional et a implanté une nouvelle commission administrative.

Mandat

Le mandat du comité régional et de la commission visait à:

— prévoir l'implantation d'une structure régionale

— voir à l'élaboration d'un plan régional d'aménagement de services

— déterminer les besoins des personnes handicapées intellectuellement

— recevoir et analyser les plans de redressement, les plans de réorganisation ou les plans de développement provenant des établissements et d'en faire état au Conseil régional

Objectifs

Implanter une structure régionale définitive répondant aux besoins de la région.

Assurer une participation plus efficace des groupes de promotion au sein de la structure régionale.

Déterminer les principes de base pour l'élaboration d'un plan d'aménagement de services en conformité avec le concept de la normalisation et de ses corollaires.

Activités du comité et de la commission

Le comité régional a travaillé à l'élaboration d'une structure régionale apte à relever les défis présents et futurs du réseau. Ses recommandations touchaient à la fois la composition de la commission administrative ainsi que ses travaux d'avenir. Ses recommandations portaient entre autres sur une plus large participation des groupes de promotion au sein non seulement de la commission elle-même mais aussi de l'ensemble de ses comités ad hoc ou consultatifs. Elle a en outre recommandé la création de liens avec le secteur de la psychiatrie et de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Par ailleurs, le comité régional, après consultation avec les comités consultatifs, a identifié des besoins non comblés dans la région. Ces besoins avaient trait aux services de jour aux adultes handicapés intellectuellement. Le développement prioritaire de services recommandé par le comité régional devait donc répondre à ce besoin.

La commission administrative a pris son envol au mois d'octobre ayant déjà à sa disposition une série de recommandations du comité régional et le cadre général qui s'ensuivit servira de toile de fond quant au futur plan d'aménagement de services.

Études en cours

Afin de mener à bonne échéance l'élaboration du plan régional, la commission administrative recherche l'expertise des professionnels travaillant déjà dans le réseau.

Dans le but de faire participer le plus grand nombre de personnes compétentes, la commission a créé des comités ad hoc travaillant sur des questions spécifiques.

Deux comités travaillent sur la détermination des besoins des personnes handicapées intellectuellement âgées de 0 à 18 ans et de 18 ans et plus et un troisième comité travaille à l'élaboration d'un programme cadre pour les services de jour aux adultes. Un quatrième comité sera formé en vue d'étudier la problématique des clientèles marginales chevauchant à la fois le secteur des services de réadaptation aux personnes handicapées intellectuellement et le secteur des services psychiatriques.

Afin de compléter le tableau, deux comités consultatifs sont les lieux privilégiés de concertation et de dialogue entre le réseau et la commission administrative.

Perspectives et orientations

Au cours de l'année 1982, l'élaboration du plan d'aménagement de services devrait être complétée. Ce plan prévoit l'implantation d'une gamme de services communautaires et institutionnels qui devront être disponibles dans chaque sous-région; celles-ci correspondent aux territoires des départements de santé communautaire. Le schéma suivant illustre cette gamme de services:

Services résidentiels

Services «vocationnels»	Milieu institutionnel	Foyers de groupe	Appartements supervisés	Appartements indépendants	Service de soutien à l'individu, la famille Petite enfance
Ateliers de réadaptation					
Service de soutien					
C.T.A.					
Plateau de travail					
Plateau de stage					

Sur le continuum résidentiel, nous retrouvons le milieu institutionnel, les foyers de groupe, les appartements supervisés, les appartements indépendants.

Sur le continuum «vocationnel», nous retrouvons le centre de réadaptation pour adultes, le plateau de stage, le plateau de travail, le centre de travail adapté, les emplois génériques.

Ceci ne constitue pas une énumération exhaustive des services que nous pouvons retrouver sous chacun des continuum.

Une corporation aura la responsabilité de l'implantation de l'un ou l'autre des deux continuum de services afin de répondre aux besoins de la population locale de chaque sous-région.

Services aux personnes handicapées physiques et sensorielles

Mandat du comité de travail

Conseiller et assister le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain au sujet:

— des orientations régionales à adopter

— des améliorations et développements requis pour les services à la clientèle

— des réalisations d'études et d'analyses nécessaires à la détermination des orientations et aux choix des projets d'amélioration et/ou de développement de services

— de la coordination des activités reliées à l'organisation des ressources et services dans le réseau

— de la concertation des établissements et organismes du réseau

Objectifs

Tracer un portrait des problématiques, des besoins et des services de la situation régionale.

Préparer une proposition de structure régionale pour la programmation des services et pour la concertation régionale.

Activités

Outre les activités générées par le mandat et les objectifs, les membres du comité, compte tenu de leur appartenance respective, ont été fortement impliqués dans les activités reliées à l'année internationale des personnes handicapées, laquelle s'est terminée par le sommet socio-économique des 7, 8 et 9 décembre dernier.

Le comité a en outre statué sur la nécessité des soins et services à domicile pour les personnes handicapées.

Les objectifs fixés ont été atteints. Après avoir tracé le portrait de la situation régionale, le comité a en effet terminé ses travaux par le dépôt au Conseil d'une demande d'implantation d'une commission administrative des services aux personnes handicapées physiques et sensorielles.

Études en cours

Différentes études sont en voie de préparation. Elles portent particulièrement sur le programme régional et supra-régional de services aux personnes atteintes de déficience auditive ainsi que sur le programme régional de services aux personnes atteintes de déficience visuelle.

Perspectives et orientations

Le comité de travail prendra donc fin avec le démarrage à l'été 1982 d'une commission administrative des services aux personnes handicapées physiques et sensorielles.

À l'occasion du transfert de la responsabilité et des dossiers, le comité propose à la commission un plan d'action pour l'année portant sur les différents programmes et sur les priorités régionales.

Services pour toxicomanes et alcooliques

Dans le but d'assister le Conseil pour une meilleure organisation, collaboration et distribution de services, le comité régional en alcoolisme et autres toxicomanies a été mis sur pied en septembre 1981.

L'orientation fondamentale du comité voulait se traduire par l'adhésion du milieu et des établissements à une organisation de services communautaires collés aux besoins de la population.

Objectif et activités 1981-1982

Proposer une organisation régionale qui garantisse le plus d'efficacité possible aux services à la population.

Afin de permettre l'atteinte de l'objectif, le comité régional s'est donné trois mandats précis:

— étude des établissements publics en termes de ressources et de programmes offerts

— étude des organismes privés et/ou bénévoles

— étude des milieux de travail aux prises avec le problème de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Ces études se veulent un complément aux informations antérieurement recueillies par un comité de travail permettant ainsi d'apporter un portrait fidèle et réel du réseau de tous les services à la clientèle alcoolique et toxicomane de la région 06-A.

Par l'identification de la population touchée, des besoins et des ressources, des lacunes et des difficultés auxquelles a à faire face le réseau et des recommandations formulées par chaque type de ressources, le comité régional sera en mesure de proposer une organisation adéquate de services.

À la suite de travaux effectués par le comité de travail pour alcooliques et toxicomanes et avec la collaboration des différentes ressources du réseau, un nouveau centre d'accueil a ouvert ses portes: le centre d'accueil Préfontaine. Ce centre a été créé spécifiquement pour la population itinérante polytoxicomane du grand Montréal.

Étude en cours

Le comité régional est dans la phase finale de l'inventaire de tous les services de la région et de l'étude de la possibilité de regroupement de deux centres d'accueil.

Perspectives et orientations

Pour l'année 1982-1983, le comité régional désire bâtir un réseau fondé sur l'accessibilité aux ressources et la concertation entre les établissements. Ses perspectives se réaliseront à la lumière des études effectuées, par l'identification des rôles de chacun des établissements et organismes, des mécanismes de liaison pouvant exister entre eux et du cheminement de la clientèle à travers eux.

Services d'hébergement et de soins prolongés

Au cours de l'année 1981-1982, la commission administrative des services d'hébergement et de soins prolongés s'est donné les quatre priorités suivantes:

— Ouverture des nouveaux centres d'accueil d'hébergement:
16 centres d'accueil ont ouvert leurs portes depuis novembre 1980. 1 696 places sont occupées sur un potentiel de 1 827 places.

— Système d'admission en centre d'accueil d'hébergement, en centre hospitalier de soins prolongés et aux services à domicile:

la direction de la programmation a produit un bilan du système info-admission et des recommandations approuvées par le conseil d'administration visant à ajuster la mécanique aux problématiques d'hébergement et de soins prolongés. Les adaptations sont en cours

— Grille d'évaluation et d'orientation des bénéficiaires en perte d'autonomie:

le comité mis sur pied à cet effet a analysé au cours de l'année les différentes grilles possibles. Une rencontre a eu lieu avec une cinquantaine de personnes du réseau hospitalier d'hébergement, de soins prolongés et de services à domicile afin de connaître les avis concernant la grille CTMSP («classification par type en milieu de soins prolongés»). Les principaux commentaires provenaient des centres de services sociaux qui déploraient la faiblesse de l'aspect psycho-social de cette grille. Les centres de services sociaux ont produit une grille traitant du volet psycho-social et le comité doit dans les prochaines semaines faire des recommandations à la commission

— Coordination des admissions en centre hospitalier de soins prolongés et des cas de soins prolongés en centre hospitalier de courte durée:

les critères d'admission des centres hospitaliers de soins prolongés ont été compilés et diffusés à l'ensemble des établissements et organismes du réseau. De plus, la commission a produit un document faisant état de la situation du réseau des services d'hébergement et de soins prolongés ainsi qu'une proposition de structures sous-régionales touchant l'évaluation et la coordination des admissions du réseau des services d'hébergement et de soins prolongés. Ces propositions ont été diffusées et furent l'objet de consultation auprès de tous les établissements du réseau au cours du mois de mars. Un bilan sera fait et la commission prendra position.

Aux quatre priorités déjà mentionnées, les membres de l'exécutif conviennent d'ajouter les deux suivantes pour 1982-1983:

— Élaboration des politiques et critères d'admission en centre d'accueil d'hébergement, centre hospitalier de soins prolongés pour malades à long terme et convalescents et en soins prolongés de centre hospitalier de courte durée

— Déterminer et analyser les besoins-ressources en fonction de la population en termes de programmes pour l'hébergement et les soins prolongés ainsi que les services à domicile pour les adultes et personnes âgées.

Programmes spécifiques

La commission souhaite implanter des programmes spécifiques dans les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés en vue d'héberger des clientèles à profils litigieux:

a) maladies amenant des comportements problématiques:

ex.: Korsakow, Alzeimer, trouble neurologique dégénératif, sénilité organique, confus, etc.

b) confus ambulants (fugueurs)

c) handicapés physiques

ex.: sclérose en plaques, myopathie, etc.

d) déficients mentaux

ex.: syndrome de Down, mongolisme, oligophrénie, etc.

e) les cas de psychiatrie.

Il y eut des rencontres avec les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers de soins prolongés et des rencontres de concertation MAS/Conseil en vue de l'organisation et de l'implantation de ces programmes.

• Fermeture de foyers clandestins

L'opération fermeture de foyers clandestins initiée au cours de l'année se poursuivra dans les prochains mois en collaboration avec les centres de services sociaux concernés, les établissements et le Conseil.

• Étude et analyse

La permanence aidée des membres de l'exécutif de la commission a analysé les plans de compressions budgétaires en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins prolongés.

Une étude constante des données fournies par info-admission permet un contrôle de l'application du système en vue de détecter les anomalies du système ou de son application.

Projets à l'étude

— Analyse et projection de développement et de rationalisation des centres de jour dans la région

— Analyse et rationalisation des services de laboratoire et radiologie dans les centres hospitaliers de soins prolongés.

Services de première ligne

Le secteur des services de première ligne regroupe au Conseil toutes les activités visant la coordination des services de santé et des services sociaux relevant de centres locaux de services communautaires et des services à domicile sur son territoire. La commission administrative des services communautaires agit à titre d'organe privilégié en matière de consultation avec le réseau. Dans le cadre de ses travaux, le secteur des services de première ligne s'attache à rationaliser la distribution des services de santé et des services sociaux sur le territoire et à assurer une concertation efficace entre les organismes du réseau.

Services à domicile

Dans le secteur des services de première ligne, les services à domicile occupent une place privilégiée compte tenu des mandats que le ministère des Affaires sociales a confiés aux Conseils régionaux.

Ces mandats touchent principalement à la coordination de l'ensemble des services à domicile de la région et à la fiducie d'une partie des budgets consacrés à ces services (5 748 481 $).

Au plan de la fiducie, les argents ont été redistribués de manière à soutenir des soins à domicile aux cancéreux en phase terminale, des services aux personnes handicapées, de l'aide à domicile là où il n'y a pas de centre local de services communautaires et à financer des postes d'intervenants sociaux et d'infirmières de liaison pour soutenir et compléter le réseau de services à domicile. Il faut de plus noter qu'une somme a servi à financer un projet spécial de prestation de services à domicile aux personnes en grande perte d'autonomie ou en attente de placement. Finalement, une demande de budget supplémentaire a été acheminée au ministère de manière à permettre la prestation de services intensifs à domicile à l'endroit des personnes lourdement handicapées.

Au plan de la coordination, le Conseil a retenu comme prioritaires pour l'année en cours la définition d'un programme-cadre et la réorganisation des services à domicile.

Constatant que la prestation de services à domicile manquait de cohérence au plan régional, le Conseil a élaboré un état de situation détaillé portant sur la gamme étendue des programmes dispensés par les nombreux organismes touchés d'une part, et sur l'utilisation des fonds compris dans cette enveloppe budgétaire protégée, d'autre part.

De cette analyse, quatre constats ressortent et légitiment la démarche du Conseil:

— la non-uniformité des programmes dispensés à l'échelle de la région

— la multiplicité des intervenants sur un même territoire de centre local de services communautaires

— l'ambiguïté concernant les mandats confiés aux établissements chargés des soins spécialisés à domicile

— la non-utilisation de certaines sommes aux fins spécifiques des services à domicile

Consolidation du réseau des services de première ligne

La réorganisation des services à domicile est d'autant plus importante qu'elle coïncide avec la volonté du ministère des Affaires sociales de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires. La commission des services communautaires s'est dit convaincue que les équipes multidisciplinaires de services à domicile constituaient le noyau des centres locaux de services communautaires dans chaque district non pourvu actuellement.

Tout au long de l'année, la commission a suivi avec vigilance les réaménagements de ressources dans les établissements du réseau, lesquels ont donné lieu à une élaboration de règles régionales pour le transfert de postes de départements de santé communautaire et à l'adoption récente d'un plan directeur de consolidation des services de première ligne.

Soutien aux organismes bénévoles

Le secteur des services de première ligne veille à répartir des subventions totalisant environ 1 000 000 $ à l'intention d'organismes bénévoles. Cette année, le Conseil a subventionné au-delà de 85 organismes à même ces fonds.

Les activités entreprises pour le compte des organismes bénévoles touchent entre autres le gardiennage, les visites amicales, les contacts visant un support moral, l'organisation de repas communautaires, la représentation, les transports, les activités socio-culturelles et la mise sur pied de groupes d'entraide.

L'approche du Conseil en cette matière vise à encourager les dynamismes locaux à se développer en concertation avec le réseau public.

Politiques et programmation nouvelles

Le secteur des services de première ligne intervient régulièrement pour influencer des actions ministérielles ou encore pour déterminer des règles régionales en matière de prestation de services. Ces interventions se font souvent ad hoc et au gré de la conjoncture.

Ainsi, cette année, la commission des services communautaires a présenté une politique d'accessibilité des services aux communautés culturelles laquelle fut adoptée par le conseil d'administration du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

La commission fut par ailleurs largement mise à contribution dans l'articulation du système info-admission.

Développements et compressions budgétaires

L'année 1981-1982 s'est avérée difficile pour l'ensemble des établissements du réseau des affaires sociales à cause des compressions budgétaires.

De concert avec la permanence, la commission s'est penchée sur l'analyse des plans de redressement des centres locaux de services communautaires et d'autres établissements susceptibles de toucher les services de première ligne. Des recommandations pertinentes à caractère individuel ou général furent formulées à cet égard.

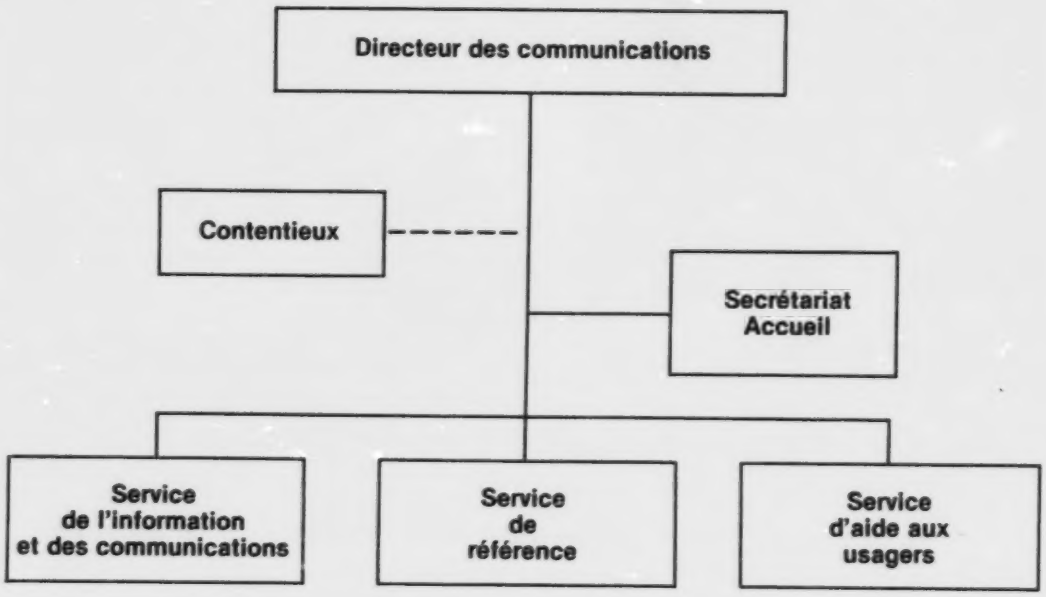
En dépit de la période de restriction, la commission a pu répartir une enveloppe de près de 200 000 $ quant aux soins dentaires. Elle a tenté d'éviter le saupoudrage tout en assurant des services sur l'ensemble du territoire.

Chapitre IV — Direction des communications

Mme Louise Caron-Gareau
directrice des communications

Au cours de 1981-1982, la direction des communications s'est notamment attachée à établir les moyens de réaliser la plus haute préoccupation du Conseil: promouvoir et consolider des relations interactives efficaces et harmonieuses avec tous les publics visés, soit la population, le personnel du Conseil, les établissements publics et privés, les commissions administratives et les comités, le ministère des Affaires sociales, les associations d'intervenants et les autres Conseils de la santé et des services sociaux.

Les responsabilités générales de la direction des communications touchent l'accueil au Conseil, le traitement des demandes d'information et des plaintes, le service de référence, la gestion des élections des membres du conseil d'administration du Conseil et des établissements, les activités reliées aux techniques de communication et la gestion des contrats de service déposés au Conseil.



Louise Caron-Gareau, directrice des communications
Louise Bazin Angers, responsable du service de référence
Marie Déquier, responsable du service d'aide aux usagers
Marie-Paule Beyrouti, conseillère aux communications

Information et communications

La direction des communications produit une revue des coupures de presse ainsi qu'un tableau quotidien de toutes les relations qu'entretient le Conseil avec les médias. La direction utilise la revue de presse et le tableau de contrôle pour formuler les recommandations appropriées en matière de communication et de diffusion de l'information avec la population et les médias.

Au cours de l'année, le Conseil a tenu trois conférences de presse portant respectivement sur la séance publique d'information du 28 mai 1981, la visite du ministre des Affaires sociales le 23 octobre, effectuée dans le cadre de la tournée des Conseils régionaux, l'inauguration du centre de coordination des urgences santé le 19 février dernier, ainsi qu'une rencontre-causerie tenue le 7 janvier 1982, laquelle visait à faire le point à l'intention des médias sur le centre, son fonctionnement et ses objectifs.

En outre, le Conseil a émis quatre communiqués de presse touchant respectivement les compressions budgétaires dans les établissements de santé et de services sociaux de notre région (le point au 7 octobre 1981), l'ouverture du centre de coordination des urgences santé (le 22 décembre dernier) ainsi que la participation des usagers et des organismes bénévoles aux élections des membres de conseils d'administration des établissements et du Conseil.

• Demandes d'information et rencontres

La direction a répondu à plus de 8 000 demandes d'information par téléphone, par lettre ou encore par le biais de rencontres. Ces demandes provenaient d'étudiants, d'employés d'établissements du réseau des affaires sociales, de fonctionnaires ou encore du grand public. Elles ont trait entre autres au fonctionnement du CCUS, au régime de gratuité des ambulances, aux politiques d'admission dans les centres d'accueil, au service d'aide aux usagers, en passant par les rôles et les fonctions du Conseil, les règlements des séances d'information, la structure du réseau des affaires sociales, etc. En outre, la direction des communications a tenu une douzaine de rencontres informatives avec des délégués de pays étrangers, visant à mettre en relief notre organisation du réseau des affaires sociales. Rappelons qu'il s'est tenu au Conseil 1 445 réunions représentant une participation d'environ 20 000 personnes.

• Campagne de lancement du CCUS

De juin à décembre 1981, la direction des communications a élaboré et étoffé la campagne de lancement du CCUS ainsi que l'inauguration qui s'ensuivait à l'aide de son plan de communication. Dans le cadre de cette campagne, le Conseil a distribué plus de 850 000 feuillets d'information et quelque 3 000 dépliants au grand public, au réseau des affaires sociales, aux divers intervenants ainsi qu'aux autorités régionales urbaines.

D'autre part, les porte-parole du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain ont accordé une quarantaine d'entrevues aux divers médias d'information de la région en vue d'informer la population du mandat du centre de coordination des urgences santé. Le Conseil est déterminé à engager imminemment une vaste campagne publique de sensibilisation étayant le rôle essentiel du centre de coordination des urgences santé.

•Politique de communications

Au cours de 1981-1982, le Conseil a particulièrement prisé les communications harmonieuses avec le personnel et ses publics respectifs. Depuis le 18 février dernier, la direction des communications travaille de plein pied à l'élaboration d'une politique générale de communications portant sur les relations du Conseil avec le grand public et les médias.

Cette politique vise à établir les paramètres d'un Conseil transparent et ouvert d'une part et à généraliser la diffusion soutenue d'informations d'intérêt public telles que la politique de maintien à domicile, le centre de coordination des urgences santé et le système d'admission en hébergement et soins prolongés.

D'autre part, la direction des communications a engagé sérieusement l'édification d'assises eu égard à un protocole de communication adapté au contexte et aux besoins du Conseil. À cet effet, la direction a privilégié la consultation personnelle intensive laquelle s'est d'ailleurs révélée fort efficace.

L'ensemble de la politique sera présenté au conseil d'administration du Conseil en juin prochain.

Dossier conjoint: ministère des Affaires sociales et ministère de l'Éducation du Québec

Le mandat du Conseil régional en ce qui concerne le dossier sus-mentionné vise à:

— appliquer la politique de scolarisation optimale des enfants fréquentant les établissements du ministère des Affaires sociales; des ententes entre les établissements et les commissions scolaires sont conclues à cet égard

— s'assurer que tous les établissements accueillant des enfants signent une entente avec la commission scolaire de leur territoire couvrant les enfants scolarisables

— approuver les nouvelles ententes, à la lumière des principes étayés en la matière

— intervenir conjointement avec la direction régionale de l'éducation, en vue d'aider les parties à s'entendre et à appliquer la politique.

À cet effet, le Conseil et les directions régionales de l'éducation analysent les données des établissements. Au cours de l'année, huit dossiers spécifiques ont été traités entre autres celui de la Cité des Prairies pour lequel nous avons présidé un comité d'étude.

Le bilan de l'année 1981-1982 nous indique:

— 51 établissements de santé et de services sociaux de la région soit 40 centres d'accueil et 11 centres hospitaliers ont établi des ententes de scolarisation avec 11 commissions scolaires. Au 30 septembre dernier, ces ententes touchaient 3 735 enfants.

Au cours de 1982-1983, nous comptons élaborer, de concert avec les professionnels touchés en matière d'éducation et d'affaires sociales, une analyse de situation éclairée quant à la réadaptation et l'éducation.

Jurys de sélection

Le Conseil participe à la sélection des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux sur le territoire de notre région, conformément à l'article 4.4.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

C'est la direction des communications qui assume la coordination de cette responsabilité. À cet égard, la direction véhicule aux établissements l'information pertinente et recommande des nominations au Conseil. Entre le 1er avril 1981 et le 31 mars 1982, 20 jurys ont siégé pour la sélection des directeurs généraux:

- 8 pour les centres hospitaliers:
  - Hôpital Marie-Enfant
  - Hôpital Santa Cabrini
  - Hôpital général de Lachine
  - Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - Hôpital Notre-Dame
  - C.H. juif de convalescence
  - C.H. de Saint-Laurent
  - C.H. de Verdun
  - C.H. Catherine Booth (deux jurys de sélection)
- 6 pour les centres d'accueil:
  - Centre d'accueil Edmond Laurendeau
  - Résidence Christophe-Colomb
  - Le Relais Laval
  - Centre de réadaptation Lethbridge
  - Centre Ste-Hélène
  - Centre d'accueil Rayon de Soleil
  - Centre d'accueil Chevalier de Lorimier (deux jurys de sélection)
- 3 pour les centres locaux de services communautaires:
  - CLSC Hochelaga-Maisonneuve
  - CLSC Parc Extension
  - CLSC Ste-Rose-de-Laval
- 1 pour les centres de services sociaux:
  - Centre de services sociaux Ville-Marie

Élections

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil réglemente et surveille les élections des membres de conseils d'administration dans les établissements de son territoire. Au cours de 1981, les groupes suivants firent l'objet de nominations ou d'élections:

- groupes socio-économiques:
  deux nominations par le ministre pour chaque conseil d'administration, après consultation avec le Conseil
- personnel non-clinique:
  représentant(s) élu(s) par les membres de ce groupe

- personnel clinique:
  représentant(s) élu(s) par les membres de ce groupe
- Conseil des médecins & dentistes:
  représentant(s) élu(s) par les membres de ce groupe
- médecins résidents & internes:
  représentant(s) élu(s) par les membres de ce groupe
- représentants élus par les établissements dans le cadre des contrats de services inter-établissements
- universités:
  élu par l'université concernée

Nombre de postes à combler par catégorie d'établissements
abstraction faite des nominations par le ministre
et les représentants d'établissements eu égard aux contrats de services

*	C.C.P.C.	NON CLIN.	C.M.D.	RES.-INT.	Total 1981	Total 1979
C.S.S. (3)	3	3	N/A	N/A	6	129
C.L.S.C. (17)	17	17	15	N/A	49	établissements
C.H. (54)	54	54	54	21	183	
C.A./A (34)	34	34	8	N/A	76	
C.A./E (30	30	30	N/A	N/A	60	
Total	138	138	77	21	374	349

* C.C.P.C.: conseil consultatif du personnel clinique
NON CLIN.: personnel non clinique
C.M.D.: conseil des médecins et dentistes
RÉS. INT.: résidents et internes

Dans la région de Montréal métropolitain, cela représentait 764 postes à combler, selon le tableau suivant:

Catégorie	Nombre par établissement	Total
• personnel non clinique	1	138
• conseil consultatif du personnel clinique	1	138
• conseil des médecins et dentistes	1	77
• médecins résidents et internes	1	21
• nominations par les universités	1	24
• nominations par le ministre	2	276
• nominations (contrats de services)	1	90
Total		764

En somme, 138 établissements furent soumis au processus électoral, soit:

- 3 centres de services sociaux
- 17 centres locaux de services communautaires
- 54 centres hospitaliers
- 34 centres d'accueil pour adultes
- 30 centres d'accueil pour enfants

Service d'aide aux usagers

Le service d'aide aux usagers s'est vu confier une responsabilité nouvelle au cours de l'année avec l'ouverture du centre de coordination des urgences santé. En effet, le service répond, depuis la fin décembre 1981, aux demandes d'information et aux plaintes de bénéficiaires de ce service.

Pour fins d'analyse, nous traitons séparément les plaintes et les demandes d'information concernant le CCUS. Le service a reçu 988 plaintes et 1 063 demandes d'information, réparties comme suit:

Établissements: plaintes — 781
demandes 863

CCUS: plaintes — 207
demandes d'information — 200

Plaintes

• Plaintes — Établissements du réseau

Les statistiques ont été élaborées en fonction de l'analyse de 781 plaintes et selon les six critères d'évaluation suivants:

— Accessibilité aux soins et aux services: 26%
  - hébergement ou transfert pour personnes âgées
  - refus d'admission
  - diminution de services

— Questions financières: 21%
  - frais d'ambulance (personnes âgées)
  - compte d'hôpital
  - frais d'hébergement

— Qualité des soins professionnels: 16%
  - médicaux
  - infirmiers
  - sociaux

— Conditions d'hébergement: 15%
  - alimentation
  - sécurité et protection physique
  - hygiène et salubrité

— Relations humaines et communications: 12%
  - famille/équipe soignante
  - bénéficiaire/infirmiers(ères)

— Administration: 10%
  - coordination examens et services

Chaque sous-groupe des six critères d'évaluation est énuméré par ordre de priorité.

POURCENTAGE DES PLAINTES

TABLEAU COMPARATIF 1980-1981 et 1981-1982

1980-1981

1981-1982

Nous pouvons discerner une constante à travers les six critères d'évaluation — celle de la personne âgée comme étant le plus souvent lésée dans ses droits à des services de santé et sociaux adéquats. C'est elle qui semble rencontrer le plus de difficultés à avoir accès aux services en centre hospitalier de soins de courte durée et en hébergement, qui se voit le plus souvent incomprise ou bousculée par l'équipe professionnelle, qui se voit facturer indûment pour des transports ambulanciers, et qui depuis quelques mois se plaint d'une alimentation moins bonne et moins abondante en centre d'accueil d'hébergement.

Les autres bénéficiaires se plaignent surtout:

— du manque d'accessibilité aux soins en centre hospitalier de courte durée
— de la facturation non-justifiée ou d'un manque d'information concernant les chambres privées ou semi-privées
— de la qualité des soins professionnels

• Plaintes — centre de coordination des urgences santé (CCUS)

Le service d'aide aux usagers a traité 207 plaintes concernant directement le CCUS, entre le 27 décembre 1981 et le 31 mars 1982.

— Services ambulanciers: 51,7%
  • questions financières
  • objets perdus
  • qualité de service
  • autre

— Fonctionnement interne: 21,7%
  • contact téléphonique
  • attente et accès (affectation)
  • refus de services
  • administration
  • transport inter-établissements (secondaire)

— Plaintes non-fondées: 23,7%

— Hors-mandat: 2,9%

— Médecins: le traitement des plaintes reçues concernant les services médicaux n'est pas complété à la date de remise de ce rapport, ces dernières étapes étant à l'étude par le comité médical du centre de coordination des urgences santé.

Demandes d'information — Bénéficiaire/services

Le service d'aide aux usagers est intervenu sur 1 063 demandes d'information au cours de l'année, dont 863 sur le réseau d'établissements de santé et de services sociaux et 200 sur le centre de coordination des urgences santé.

- **Demandes d'information relatives au réseau**

— ressources sociales à l'intention des enfants ou des familles en difficulté, des personnes âgées

— ressources psychiatriques

— questions financières: programmes de gratuité à l'intention des personnes âgées, frais d'ambulance, coût des chambres en centre hospitalier de courte durée, frais d'hébergement

— questions juridiques: poursuites éventuelles d'un établissement, consultation d'un dossier médical, transfert de personnes âgées d'un établissement à un autre sans le consentement de la famille.

- **Demandes d'information relatives au CCUS**

Les 200 demandes d'information relatives au CCUS portaient notamment sur:

— les programmes de gratuité pour les personnes âgées et les assistés sociaux en matière de transports et de médicaments

— l'identification de la compagnie d'ambulance en vue de réclamer un reçu

— les tarifs approuvés au titre des frais de transport en ambulance

— l'obtention de certificat de décès ou de pièce légale de constat de décès

— l'identification du médecin en vue d'obtenir copie du rapport médical à l'intention de l'employeur ou de la compagnie d'assurance

— la vérification des coûts relatifs aux médicaments administrés

— le fonctionnement général du centre de coordination

Recommandations

Suite à l'analyse des plaintes reçues au cours de la dernière année, le service d'aide aux usagers insiste particulièrement sur les actions suivantes:

— qu'une campagne d'information soit entreprise par le Conseil et/ou le MAS afin de faire connaître aux bénéficiaires leurs droits et responsabilités vis-à-vis le réseau des affaires sociales. Exemple: politique de gratuité pour personnes âgées, ressources disponibles dans la région, incluant les services à domicile et les démarches à entreprendre en cas de besoin d'hébergement, etc.

— que des démarches soient entreprises et des politiques précisées pour contrer les problèmes vécus par le bénéficiaire du centre de coordination des urgences santé:

  - facturation non justifiée par les compagnies d'ambulance
  - délai dans l'affectation de médecin et/ou ambulance.

Dossier: porte-parole des malades

Dans la région 06-A, sept hôpitaux ont à leur emploi un porte-parole des malades, avec lesquels le service est en contact constant; ce sont: l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Hôtel-Dieu de Montréal, Ste-Justine, Général Juif, Royal Victoria, de Montréal pour enfants et Louis-H. Lafontaine.

Un effort particulier a également été apporté à faire mieux connaître l'existence et le rôle du porte-parole en centre hospitalier.

À l'occasion des cinq rencontres des porte-parole avec le service d'aide aux usagers durant l'année, les sujets suivants étaient discutés:

- le système d'info-admission et d'hébergement
- la sectorisation en psychiatrie
- l'accès au dossier médical
- les problèmes concernant la facturation pour les chambres privées ou semi-privées.

Dossier: condition féminine

Dans le cadre de cette fonction, la responsable du dossier à la condition féminine a:

— assumé la coordination des colloques «Accoucher ou se faire accoucher», auxquels participaient 2 000 femmes de la région. Un rapport, **Pour une maternité autonome**, résume les besoins et attentes tels qu'exprimés par les participantes, et est disponible au Conseil.

— tâché de sensibiliser les autorités et les intervenants du Conseil, au désir des femmes de:

- voir la grossesse considérée comme une étape normale de leur vie plutôt qu'une maladie
- pouvoir accoucher dans de petits centres
- pouvoir choisir d'accoucher en maternité, à domicile ou en centre hospitalier

— participé au comité de gynécologie-obstétrique de la commission administrative des services médicaux

— travaillé à l'organisation d'un colloque «Femmes, santé, pouvoir», prévu pour la fin mai 1982

— avec l'aide d'une stagiaire, répertorié les ressources disponibles dans la région 06-A, pour les femmes victimes de violence.

Ces différentes actions permettent de formuler trois recommandations:

1° que le Conseil après vérification auprès de modèles existants dans certains pays européens où tout en démédicalisant la grossesse, l'on a atteint des taux de mortalité inférieurs à ceux du Québec, initie un projet pilote qui pourrait très bien s'insérer à l'intérieur d'une politique de rationalisation d'effectifs

2° que le Conseil invite les femmes à participer activement à la planification de services d'obstétrique qui les concernent directement

3° que le dossier de la condition féminine soit intégré de façon systématique au niveau de la planification et de la programmation.

Service de référence

La gestion documentaire

Le service de référence gère environ 2 000 ouvrages et 150 périodiques. En outre, il reçoit et classe des documents parlementaires, des notes de services, des communiqués de presse du MAS, des brochures d'information, des cartes et des documents audio-visuels. D'autre part, le service de référence gère 1 200 dossiers relatifs au Conseil au moyen d'un système centralisé. Enfin, le service enregistre et tient à jour le fichier informatisé des établissements de la région.

Traitement de dossiers

Au cours de l'année 1981-1982, le service de référence a codifié 26 312 documents lesquels furent ensuite intégrés dans quelque 1 200 dossiers, en fonction de leur nature.

De multiples dossiers ont dû être créés en vue de répondre aux besoins du nouveau centre de coordination des urgences santé et du service de perfectionnement des cadres et des bénévoles.

En outre, les dossiers des établissements ont dû être réorganisés de façon à y inclure les textes relatifs aux plans de redressement, aux locations d'espaces et aux politiques d'admission.

Le service de référence a aussi modifié la disposition du contenu de ces mêmes dossiers de façon à les rendre encore plus faciles à consulter.

Diffusion de l'information

- au Conseil

Le bulletin hebdomadaire **Pour votre information**, que produit le service de référence constitue un outil privilégié puisqu'il fait systématiquement état de la documentation de dernière heure. Une étude sommaire à cet égard, fait ressortir que les 2/3 des employés empruntent régulièrement des documents dès la parution du bulletin. Plus de 1 000 ouvrages furent ainsi consultés au cours de cette année.

D'autre part, le service de référence poursuit ses séances d'information systématiques à l'intention de tous les nouveaux employés. Ces séances visent essentiellement à présenter le rôle et le fonctionnement de la centralisation de dossiers, afin d'en assurer un suivi efficace.

- au réseau et à la population

Le personnel du service de référence a accueilli 77 personnes cette année aux fins de consultation ou de prestation d'information. Il s'agissait entre autres d'étudiants, de chercheurs et d'employés du réseau des affaires sociales. D'autre part, le service de référence a répondu à quelque 2 934 demandes d'information téléphoniques, dont 55% touchaient le fichier des établissements. (voir tableau I)

TABLEAU I

VENTILATION DES APPELS TÉLÉPHONIQUES (2 934)

	%
Nouveaux centres d'accueil	30
Autres établissements du réseau	25
Activités du C.S.S.S.R.M.M.	10
Information-réseau, sectorisation	10
Autres conseils régionaux	6
Références au M.A.S.	4
Recherches (consultation)	3
Organismes et associations	2
Lois sur les services de santé et services sociaux	1
Autres	4

Dans l'exercice de ses fonctions, le service de référence a fréquemment recours aux ressources documentaires de la région: emprunt de volumes, photocopies d'articles de périodiques, bibliographie par repérage automatisé des bibliothèques universitaires et l'informathèque du ministère des Affaires sociales.

Avis de naissance

29 331 avis de naissance ont été reçus de centres hospitaliers de la région ayant un département d'obstétrique et ont été transmis dans les départements de santé communautaire et les centres locaux de services communautaires concernés.

Ce service répond aux besoins des infirmières visiteuses dans le cadre du programme de santé maternelle et infantile.

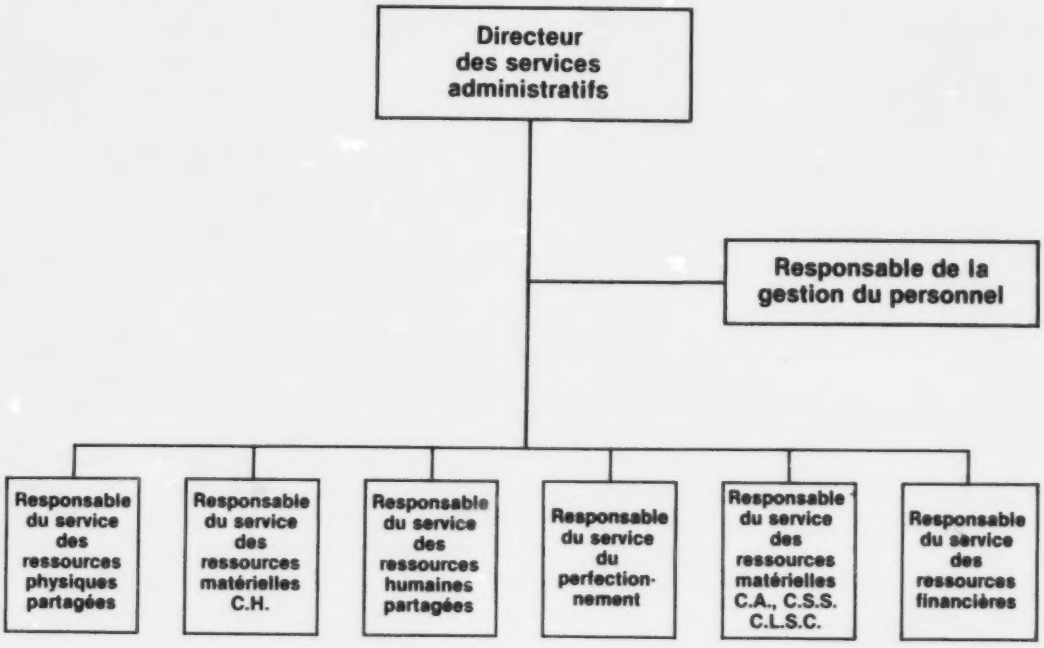
Chapitre V — Direction des services administratifs

M. Robert S. Larivière
directeur des services administratifs

En vue d'offrir à la population du Montréal métropolitain un éventail de services de qualité optimale, la direction des services administratifs veille à répartir adéquatement entre les divers établissements, les ressources accordées par le ministère des Affaires sociales, aux fins de programmes sociaux et de santé.

Pour s'acquitter efficacement de son mandat, la direction des services administratifs entreprend des évaluations micro et macroscopiques de chaque projet visant l'affectation de ressources humaines ou matérielles; ceux-ci sont fondés sur des critères préalablement établis et approuvés par les autorités compétentes du Conseil.

Tout mandat de gestion de ressources est réalisé conformément aux orientations dessinées par le Conseil en matière de santé et de services sociaux.



Robert S. Larivière, directeur des services administratifs
Vickie Côté, responsable de la gestion du personnel
Pierre Brouillard, responsable du service des ressources physiques partagées
Robert Demers, responsable du service des ressources matérielles C.H.
Yvan Mauger, responsable du service des ressources humaines partagées
Pierre Beaulieu, responsable du service du perfectionnement
Denis Chevalier, responsable du service des ressources matérielles CA, CLSC, CSS
Pierre Vanier, responsable du service des ressources financières

Service du personnel

Le Conseil a vécu, sous plusieurs aspects, un essor considérable cette année.

Afin de répondre aux nouvelles exigences amenées par l'évolution du Conseil et la mise en opération du centre de coordination des urgences santé, le service du personnel a été restructuré.

De 78 personnes en mars 1981, nous passons à 190 en mars 1982, ce qui regroupe les personnes à temps complet et à temps partiel.

Au cours du premier trimestre de l'année, beaucoup d'énergies ont été utilisées pour réaliser le recrutement, la sélection, l'embauche et l'intégration du personnel du centre de coordination des urgences santé qui représente plus de 80 personnes.

Parallèlement, de nouveaux mécanismes de gestion ont été établis et une révision en profondeur des dossiers a été faite. Le manuel de gestion approuvé en mars 1981 a été mis à jour régulièrement, et fera l'objet d'une révision complète dans les mois qui viennent.

Le service, au cours de l'année qui s'annonce, tentera de définir des outils de gestion plus adéquats et élaborera des politiques de gestion adaptées aux nouvelles réalités du Conseil.

Une nouvelle formule d'évaluation pour le personnel professionnel et de bureau sera effective à compter d'avril et une politique d'accueil structurée et complète sera bientôt appliquée pour les nouveaux employés.

Le service cherchera à améliorer le milieu de travail au sein du Conseil, et à faciliter le climat de coopération entre les services et directions permettant le maintien du sentiment d'appartenance pour tout le personnel.

L'année 1982-1983 en est une de défis et le service du personnel, dans le cadre de ses responsabilités, entend participer avec toute l'équipe du Conseil à la réalisation des objectifs visés.

Service du perfectionnement

En avril 1981, le ministère affectait aux Conseils régionaux un budget au titre d'un mandat inédit: la formation et le perfectionnement dans les établissements du réseau des affaires sociales.

Par ce mandat, les Conseils régionaux étaient invités à entreprendre l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de formation et de perfectionnement s'adressant aux membres de conseil d'administration, aux cadres et aux bénévoles.

Dès les premiers mois qui ont suivi la réception de ce mandat, le Conseil précisait ses objectifs et planifiait une série d'activités permettant la mise en place de programmes de perfectionnement dès l'automne 1981.

Membres de conseil d'administration

En fonction de l'objectif visant à transmettre aux membres de conseil d'administration l'information nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, le Conseil a élaboré un programme à leur intention: 172 personnes ont participé à la session qui s'est tenue à l'automne et 228 à celle qui a eu lieu au printemps (voir tableau I). Ce programme englobait une panoplie de sujets intéressants et judicieux. Citons entre autres, le fonctionnement d'un conseil d'administration, les relations de travail, le réseau des affaires sociales, la place du bénéficiaire dans un établissement.

Le Conseil entend poursuivre ce programme en 1982-1983 et l'enrichir de nouveaux thèmes de façon à répondre aux besoins des membres de conseil d'administration.

TABLEAU I
Sessions de perfectionnement
membres de conseil d'administration
1981-1982

		C.H.	C.A.	C.S.S.	C.L.S.C.	C.R.S.S.S.	TOTAL
AUTOMNE 1981	Le réseau des affaires sociales et la région	4	22	1	—	1	28
	Le rôle d'un membre d'un conseil	7	38	—	7	2	54
	Les relations de travail	14	24	—	7	3	48
	Le budget	11	27	—	3	1	42
		36	111	1	17	7	172
PRINTEMPS 1982	Vue d'ensemble du secteur des affaires sociales	58	39	—	—	—	97
	Fonctionnement d'un conseil d'administration	24	21	—	5	—	50
	La place du bénéficiaire dans l'établissement	15	17	—	—	—	32
	Le conseil d'administration et le directeur général	13	13	—	1	—	27
	La personne âgée	10	12	—	—	—	22
		120	102	—	6	—	228
	Total général 1981-1982	156	213	1	23	7	400

Perfectionnement des cadres

Dès le début de l'automne, le Conseil entreprenait une évaluation exhaustive des besoins de perfectionnement nécessaire à l'amélioration de la performance fonctionnelle et organisationnelle des cadres dans un contexte de complémentarité régionale. Ce même automne, le Conseil poursuivait la prestation de cours de perfectionnement aux cadres en continuité de l'action antérieure

du MAS. Ainsi 350 cadres intermédiaires et supérieurs ont pu assister à 9 sessions distinctes (voir tableau II). En définitive, l'évaluation de ce programme alliée à celle des besoins susmentionnés a servi à concevoir un nouveau programme pour le printemps 1982. Celui-ci a d'ores et déjà attiré un total de 400 inscriptions réparties dans le cadre d'une foule de thèmes: leadership et motivation, gestion du temps, solutions de conflits, gestion de projets, productivité et innovation, etc. (voir tableau III).

De plus, le Conseil a financé dans une proportion de 60% la réalisation de projets de gestion de type organisationnel, en faisant appel aux services d'experts-consultants. L'aide et le financement total du Conseil représentaient 100 jours de consultation à la faveur de treize établissements.

Enfin, le Conseil, en collaboration avec les services juridiques du MAS, a organisé des séances régionales d'information à l'adresse des directeurs généraux des établissements afin d'expliquer le projet de loi 27 et les nouveaux règlements régissant la formation des conseils d'administration.

TABLEAU II
Sessions de perfectionnement
cadres supérieurs et intermédiaires

Répartition des inscriptions par session — par catégorie d'établissement

	C.H.	C.A./E	C.A./A	C.L.S.C.	C.S.S.	TOTAL
Conduite de réunions	49	17	5	6	5	82
Relations de travail	34	12	9	4	3	62
Gestion des ressources humaines	34	2	10	—	1	47
Gestion du temps	8	8	—	1	—	17
	125	39	24	11	9	208
Gestion budgétaire	29	10	8	1	1	49
Processus administratif	30	5	10	3	2	50
Processus de décentralisation budgétaire	11	2	4	1	—	18
	70	17	22	5	3	117
Vue d'ensemble du système de santé	17	4	4	—	—	25
	212	60	50	16	12	350
	(60%)	(17%)	(14%)	(4%)	(3%)	

Printemps 1982

TABLEAU III

Sessions de perfectionnement
cadres supérieurs et intermédiaires

Répartition des inscriptions par session —
par catégorie d'établissement — printemps 1982

	CH	CA/E	CA/A	CLSC	CSS	CRSSS	BCM	TOTAL
Vue d'ensemble du système de santé et des services sociaux	8	2	6	1	1	—	—	18
Communication	8	4	8	1	—	—	—	21
Relation d'aide	7	7	6	—	1	—	—	21
Leadership et motivation	12	3	5	1	1	—	—	21
Le cadre et son personnel	7	6	5	2	—	—	—	20
La conduite de réunions	4	4	4	4	—	1	—	17
Gestion du temps	21	16	4	4	2	1	—	48
Gestion participative par objectifs	8	1	8	2	1	—	1	21
Les relations de travail	13	11	14	3	1	—	—	42
La solution des conflits	6	—	10	3	1	—	—	20
Gestion des ressources financières	16	6	14	3	1	—	—	40
Gestion de projets	19	3	6	4	1	1	—	34
Processus de décisions	16	2	4	—	—	—	—	22
La productivité et l'innovation	21	2	9	4	4	—	—	40
Évaluation du rendement des cadres	6	2	6	1	—	—	—	15
	172	69	109	33	13	3	1	400

Perfectionnement des bénévoles

Le Conseil s'est d'abord consacré à étudier le milieu, les problèmes et les besoins des bénévoles. Pour ce faire, il a distingué deux groupes: les bénévoles oeuvrant dans les établissements d'une part, et les bénévoles rattachés à des organismes à but non lucratif, tels que les services à domicile, d'autre part.

Force fut de constater que le bénévolat en centre d'accueil était beaucoup moins développé que celui en centre hospitalier. Le Conseil décida donc de concentrer ses efforts à la faveur des centres d'accueil en leur offrant, de concert avec un organisme à but non lucratif, un programme d'aide soutenu visant à développer le bénévolat en centre d'accueil au moyen d'un perfectionnement de leurs équipes responsables. C'est ainsi que quinze centres d'accueil ont souscrit à ce programme lequel se poursuivra vraisemblablement en 1982. Par ailleurs, le Conseil compte également élaborer des programmes adéquats pour les bénévoles oeuvrant en centre hospitalier.

En tout état de cause, l'année 1981 a nommément permis d'identifier certains organismes-cibles regroupant des bénévoles, leurs besoins généraux ainsi que les rayons d'actions éventuels du Conseil en la matière. Ainsi, il s'est engagé à participer au financement d'activités relatives au perfectionnement de certains organismes à but non lucratif oeuvrant auprès des jeunes et/ou des personnes âgées.

Enfin, les organismes bénévoles reconnus et financés par le Conseil nous ont exprimé des besoins spécifiques en matière de perfectionnement, auxquels le Conseil compte répondre aux moyens de programmes appropriés au cours de l'année 1982.

Service des ressources matérielles en centres hospitaliers

Ce service est responsable de l'étude et du suivi des projets d'immobilisations présentés au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain dans le cadre d'un programme géré par la commission des immobilisations — centres hospitaliers. De fait, les activités de ce service touchent particulièrement les secteurs suivants des ressources matérielles: d'une part, l'équipement spécialisé et d'autre part, les édifices et immeubles des centres hospitaliers.

Commission des immobilisations — centres hospitaliers

La commission gère un montant d'environ 9 millions de dollars versés par les centres hospitaliers publics au Conseil sous la rubrique des chambres privées ou semi-privées. Ces argents servent principalement à maintenir en bon état et à remplacer ou à moderniser les équipements médicaux et les installations sanitaires des hôpitaux de la région. Formée de représentants des diverses catégories de centres hospitaliers, la commission formule au Conseil des recommandations quant à l'autorisation ou au financement partiel ou intégral des projets soumis par les établissements.

Activités de la commission

Les établissements ont soumis quelque 676 projets d'une valeur globale de 78 millions de dollars dont 31 millions pour les équipements médicaux et 47 millions pour les édifices. Les investissements étant limités par le budget, le choix de projets ainsi que la répartition des montants disponibles entre les établissements sont effectués par la commission sur une base de priorité.

Dans la poursuite d'un projet régional amorcé l'an dernier, un montant de 970 000 $ a été consacré à la réparation de quelque 14 toitures.

Un autre investissement de 2,3 millions de dollars avec la participation conjointe du ministère des Affaires sociales, du Conseil et de onze établissements a eu pour objet l'acquisition de neuf caméras à scintillation dont cinq équipées d'un ordinateur. Le fonctionnement de ces appareils plus efficaces et précis sera assuré par le personnel déjà en place. Ce projet élaboré depuis deux ans par le comité de médecine nucléaire met un terme au moratoire provincial décrété en 1973 sur ces équipements spécialisés et permet le rattrapage et la consolidation des services affectés par ce moratoire.

En outre, de nombreux projets ont été étudiés pour solutionner divers problèmes d'équipement ou de construction jugés prioritaires ou urgents par les établissements. Au cours de 1981-82, la commission a ainsi recommandé plus de 210 projets avec une participation financière du Conseil de 9,6 millions de dollars.

Réalisations spéciales

Le service des immobilisations en centres hospitaliers a poursuivi au cours de 1981 l'inventaire des immeubles des centres hospitaliers dans le cadre d'un projet conjoint avec le ministère des Affaires sociales et avec l'aide d'étudiants en architecture. Les fichiers de trente-deux centres hospitaliers ont pu ainsi être complétés, ce qui représente une superficie globale de plus de 10 millions de pieds carrés, répertoriés en fonction de la nature des divers services offerts par les établissements.

Le service a aussi finalisé un guide de gestion de l'équipement médical, de concert avec le comité de génie biomédical et de physique médicale. Ce guide vise à sensibiliser les administrateurs à une approche régionale et rationnelle quant à la planification, l'acquisition, l'entretien et le contrôle d'appareils médicaux. La diffusion de ce guide est prévue dans un proche avenir.

Perspectives

Depuis plusieurs années, on déplore l'écart énorme entre les demandes des établissements et le budget mis à la disposition du Conseil pour les édifices et les équipements du réseau hospitalier. Il s'ensuit une accumulation d'un manque à investir et sans aucun doute une détérioration accrue des ressources matérielles en cause.

La conjoncture économique ne permet pas d'entrevoir à courte échéance une augmentation significative des budgets d'immobilisations. La commission, forte de l'expérience de plusieurs dossiers régionaux et d'une connaissance approfondie de l'état des ressources, poursuivra sa recherche d'alternatives de financement tout en intégrant davantage les projets des divers établissements à la poursuite d'objectifs régionaux de rationalisation et de continuité des services.

Service des ressources matérielles: C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Le service des ressources matérielles veille à la répartition de subventions relatives aux immobilisations (construction et réparations), à la location ainsi qu'à l'acquisition d'équipements entre les centres d'accueil, les centres locaux de services communautaires et les centres de services sociaux.

Dans l'exercice de ses responsabilités, le Conseil a noté les difficultés qu'éprouvent les établissements aux plans administratif, légal et technique dans le cheminement des projets qui doivent être réalisés de concert avec des spécialistes, en l'occurrence des architectes, des ingénieurs, des agents d'immeubles, des évaluateurs agréés, etc. Soucieux de pallier à cet état de faits, le Conseil a réuni les autorités concernées de par le réseau pour leur expliquer la portée des directives, en regard de l'autonomie de gestion des établissements et des responsabilités du Conseil dans le domaine des ressources matérielles.

À la lumière de cette initiative, le Conseil songe à la pertinence de tenir en 1982-1983, des rencontres d'information en matière de techniques administratives, légales et de construction, à l'intention des cadres supérieurs du réseau. Le Conseil compte par une telle collaboration aider davantage les établissements à faire respecter leurs droits quant aux ententes qu'ils contractent avec d'autres parties.

En vue de stimuler les établissements défavorisés, le Conseil privilégie la notion du partage équilibré des ressources, ce qui peut l'amener à refuser ou à suspendre certaines demandes de subvention reçues d'établissements déjà bien pourvus.

Activités en matière d'immobilisations

En 1981-1982, le ministère affectait une somme de 1 337 990 $ au budget «0-250 000 $». Étant donné que le budget accordé représentait 60% de celui de l'an dernier, le Conseil a entrepris une évaluation circonspecte des projets en fonction des besoins hautement prioritaires. De fait, les réparations de toitures et les réparations urgentes provoquées en raison de la dégradation de l'enveloppe extérieure des bâtisses ou des systèmes mécaniques furent à l'évidence décrétées prioritaires.

Le Conseil a favorisé la réalisation d'expertises professionnelles sur les défectuosités d'opération des systèmes mécaniques de plusieurs bâtisses, ce qui a permis de concevoir des mesures correctives efficaces conformes au souci d'économie d'énergie. Au cours de l'année, le ministère des Affaires sociales a demandé la collaboration du Conseil quant à l'application de la directive 1981-015 laquelle vise à rendre les pavillons d'accueil reliés aux établissements conformes aux exigences sécuritaires minimales.

Priorités d'avenir

Outre la remise en état des immeubles qui continuera d'être la préoccupation majeure en 1982-1983, le Conseil concentrera ses énergies aux réaménagements des centres d'accueil d'hébergement abritant des bénéficiaires en grande perte d'autonomie, de façon à améliorer la qualité des services et par ricochet la productivité du personnel.

Aussi, afin de pallier aux nombreux avatars qu'entraîne la signature de documents contractuels inappropriés, le Conseil préconisera l'utilisation de formulaires plus adéquats.

Activités en matière d'acquisition d'équipements

Le 20 juin 1980, le ministère mandatait le Conseil d'administrer les budgets d'acquisition et de renouvellement d'équipements. Ce mandat visait à favoriser l'alourdissement des clientèles en centres d'accueil d'hébergement, à promouvoir la réinsertion sociale des bénéficiaires des centres d'accueil de réadaptation et enfin à améliorer la qualité des services rendus par les centres locaux de services communautaires et les centres de services sociaux. Toutefois, étant donné que le budget de 319 400 $ affecté à ce titre était 5 fois inférieur à celui de l'année précédente, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain s'est vu obligé de l'utiliser exclusivement aux fins d'urgence, c'est-à-dire de risque d'arrêt de services.

Activités en matière de location d'espaces

Il convient de noter que le budget de 8 113 400 $ affecté au titre de la location recouvre les projets des centres hospitaliers en sus de ceux des établissements ci-haut mentionnés.

Par ailleurs, en vertu des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux les établissements privés subventionnés sont tenus, à l'exemple des établissements publics, d'obtenir l'autorisation du Conseil de la santé et des services sociaux avant de prendre ou de céder à bail un immeuble. D'autre part, les nouvelles dispositions de la Loi exigent l'autorisation du Conseil pour tout bail impliquant un accroissement d'espace, ce qui antérieurement nécessitait l'émission d'un décret. À cet égard, même les baux consentis par la Corporation d'hébergement du Québec commandent l'autorisation du Conseil.

Le programme de location d'espaces au Conseil vise à favoriser la collaboration entre le Conseil et les établissements du réseau de façon à définir d'un commun accord les sphères de responsabilités des établissements. Ce programme vise en outre à planifier les négociations de baux et les délais qui les sous-tendent.

Notons enfin que dans un contexte de rationalisation, le Conseil privilégie l'utilisation des immeubles excédentaires en raison des avantages qu'ils présentent.

Priorités d'avenir en matière de location

Élaborer un guide de négociation, une offre de location-type ainsi qu'un bail-type.

Éclaircir le problème des clauses escalatoires en élaborant des mécanismes de contrôle appropriés.

Établir un programme de gestion informatique.

Élaborer des statistiques sur l'état du marché locatif dans la région.

Instaurer un système de rappel à l'avance pour éviter les négociations de dernière minute.

Régulariser et intégrer au budget de location tous les baux résultant de la décentralisation des services de santé de la Ville de Montréal et des services à domicile.

Service des ressources humaines partagées

Informatique

Dans le cadre du mandat confié au comité d'informatique régional, ce dernier a cru important de constituer, dans un premier temps, un inventaire des équipements informatiques, des applications et des caractéristiques fonctionnelles des systèmes informatiques utilisés dans les établissements de la région.

Afin de répondre à un des éléments du mandat, une procédure d'analyse des demandes ainsi qu'une grille d'évaluation des projets informatiques furent élaborées.

Par ailleurs, un protocole fut établi en vue de favoriser l'échange de progiciels entre les établissements. Ses objectifs visaient d'une part à rendre accessibles aux établissements, certains progiciels, d'autre part à éviter la multiplication des dépenses et enfin à minimiser les coûts d'implantation des systèmes informatiques. Ledit protocole dresse également les modalités d'échanges entre établissements, ainsi que les coûts afférents.

Au cours de l'année, le comité a défini un certain nombre d'orientations concernant le rôle des établissements à titre de fournisseurs de services informatiques et a aussi inventorié un certain nombre de possibilités concernant l'exploitation de services informatiques, soit par l'entreprise privée, soit par l'entreprise mixte (privée-publique) comme moyens pour remplacer les établissements au titre de fournisseurs de services accessoires.

D'autre part, des échanges sont actuellement en cours entre le Conseil et les trois centres de services sociaux en vue de dégager des moyens de mettre en commun des ressources humaines et matérielles au niveau de l'informatique.

En outre, les échanges entrepris avec les centres locaux de services communautaires ont pour but d'établir une coordination efficace des systèmes administratifs informatisés.

Au cours de l'année, le comité d'informatique s'est heurté à des difficultés dans la coordination du développement informatique de la région: en vertu de son mandat, il contrôle aisément les achats d'équipements mais la coordination devient impossible dans les cas où l'établissement fait aléatoirement appel à d'autres organismes prestataires de services informatiques.

De plus, au cours de l'année, le comité a constaté que les établissements ne respectent pas les directives qui assimilent la location d'équipement dont le coût est de 1 000 $ ou plus annuellement à un achat d'équipement.

Pour pallier à cet état de fait, le comité a recommandé au Conseil de gérer l'autorisation des contrats ayant trait à l'informatique. En effet, la coordination judicieuse du secteur de l'informatique

appelle sans contredit une réglementation appropriée et une collaboration entre le ministère, le Conseil et les établissements de la région.

Au cours de la prochaine année, le comité entend réaliser la mise en commun des activités de maintien et de développement de systèmes informatiques dans les hôpitaux et les centres de services sociaux de la région. De plus, il entend préciser la vocation des services informatiques existant dans les établissements.

Programmes spécifiques

Comme il fallait s'y attendre, les demandes d'évaluation de ressources humaines stipulées dans la circulaire 30-005A furent beaucoup moins nombreuses. Par contre, l'aide-conseil du service fut sollicitée, et par les établissements et par les professionnels de la programmation, dans des domaines spécifiques reliés au traitement du plan de redressement.

Au milieu de l'année, un nouveau mandat, relié à l'embauche du personnel mis à pied dans les établissements, fut confié aux services partagés. Ainsi, deux comités conjoints MAS/Conseil furent chargés de veiller à la réaffectation du personnel mis à pied, dans les établissements existants ou nouvellement créés. Ainsi, certains employés ont d'ores et déjà pu être réaffectés entre autres dans les nouveaux centres d'accueil.

Services auxiliaires

Suite à la restructuration du deuxième trimestre, laquelle scindait les services partagés en deux secteurs, soit les services partagés/ressources humaines et les services partagés/ressources physiques, nous assumons à présent la gestion des services généralement dits auxiliaires. Ces activités comprennent: la téléphonie, l'entretien ménager, la sécurité, le stationnement et l'entretien de l'édifice.

Dans le cadre de ce nouveau mandat, il y aurait lieu de mentionner l'introduction d'un nouveau système téléphonique mieux adapté aux besoins des usagers. Enfin,à l'automne, une politique reliée à l'utilisation du stationnement par le personnel et les visiteurs fut définie et implantée. Un projet d'aménagement du stationnement a été élaboré et sera réalisé au cours de la prochaine année.

Service des ressources physiques partagées

Services partagés: ressources physiques

Comme son nom l'indique, ce secteur veille à coordonner et à mettre en oeuvre des programmes communs en matière de ressources physiques et matérielles à l'intention des établissements de la région du Montréal métropolitain, grâce à leur apport même. Ensemble, les établissements et le Conseil veillent à favoriser la création et la gestion de programmes inter-établissements dans divers domaines entre autres la messagerie, le transport, la buanderie et les laboratoires. Il n'en reste pas moins que les approvisionnements en commun représentent sans doute le rayon d'action prédominant de ce secteur.

Les commissions administratives d'approvisionnement en commun

Groupe A: Centres anglophones
Groupe B: Centres hospitaliers enseignants francophones
Groupe C: Centres hospitaliers généraux et de soins prolongés
Groupe D: Centres d'accueil et centres locaux de services communautaires

Le volume de négociations des quatre commissions administratives — déterminées par les établissements eux-mêmes — a atteint un nouveau record: 56 368 440 $, soit 11% de plus que l'an dernier.

Or, bien que ce montant comprenne une forte proportion de renouvellement de contrats négociés antérieurement, chaque commission a innové divers champs d'intérêt où la contribution et la compétence des utilisateurs furent mises à profit pour l'ensemble des établissements.

Entre autres activités des commissions, mentionnons particulièrement:

1. les rencontres fréquentes à la table de concertation des présidents et coordonnateurs
2. la mise en commun de dossiers inter-commissions
3. la réalisation d'activités communes (normes ou achats), en matière d'alimentation, de produits pharmaceutiques, de fournitures médicales, d'entretien ménager, de stimulateurs cardiaques, de lingerie-literie, etc.
4. la révision de procédures internes d'opération, en ajustant les méthodes informatisées et en s'associant des techniciens en administration
5. leur participation active aux colloques du ministère de l'Agriculture et au grand colloque «Super Machine Public» entre autres, où le vécu de nos représentants fut largement mis à contribution dans les débats portant sur la globalisation des achats
6. la promotion et l'application de la Politique d'achat du Québec dans ses opérations, conformément aux directives ministérielles visées.

Il y aurait lieu de préciser que le coût de cette opération de regroupement se maintient puisqu'elle se situe à 0,96% du coût des achats réels effectués par le Conseil. Comparé aux résultats des autres groupes d'achat en Amérique du Nord (Group Purchasing Groups), le Conseil fait figure d'avant-gardiste.

Centres anglophones: Groupe A
1981-1982 s'est révélée une année particulièrement active pour cette commission, du fait notamment de son intégration au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain. Elle s'est surtout attachée à réajuster ses politiques en fonction des orientations du Conseil et à mettre sur pied de nouveaux comités de normalisation de produits et de services dont le résultat des activités se reflétera au cours de 1982-1983.

Centres hospitaliers universitaires francophones: Groupe B
La commission a révisé les dossiers en cours et entrepris de nouvelles études dans les secteurs spécialisés. Elle poursuit également son travail de normalisation et met la dernière main à l'élaboration d'un catalogue régional d'articles utilisés dans les établissements.

Centres hospitaliers généraux de soins prolongés: Groupe C
Les membres de cette commission ont privilégié les études de contrats de services, suite aux expériences concluantes de l'année dernière, complétant ainsi plusieurs dossiers. D'ailleurs, ces réalisations guideront celles des autres commissions. À cet égard, le Conseil entend exploiter la rentabilité largement démontrée de ce secteur des services, au même titre que le secteur de l'achat de produits.

Centres d'accueil et centres locaux de services communautaires: Groupe D
Suite aux objectifs révisés de l'année dernière, les délégués de cette commission ont effectué une réorganisation importante des comités et des programmes en vue d'offrir aux établissements un soutien efficace quant à leurs approvisionnements. La commission a en outre chargé un groupe de travail de l'École des hautes études commerciales de l'Université de Montréal, d'une étude visant à faire ressortir les moyens de maximiser les avantages de regroupement.

Messagerie — Transport

Initiée par des établissements de la commission des achats (groupe B), l'étude portant sur la nature et les coûts reliés aux messageries et au transport dégageait sans équivoque la nécessité de rationaliser en la matière. Compte tenu de la multitude des éléments touchés: transports, ressources humaines et matérielles et coûts afférents, il fut décidé de s'attaquer à priori à la question des échanges de courrier et de colis sur le territoire du Montréal métropolitain. Par la suite, des établissements opérant des services auto-gérés, des services contractuels ou des services sur demandes sont venus s'adjoindre au groupe de travail initial. De fil en aiguille, l'envergure des demandes de services a fait ressortir le besoin «d'acheter» des services auprès de sociétés privées dûment expérimentées dans ce domaine. La réalisation d'un tel programme fut alors graduellement mise en oeuvre, de façon à permettre les ajustements appropriés, le cas échéant.

Aujourd'hui, fort des expériences mises en oeuvre au cours des derniers mois, le secteur des services partagés invite toutes les catégories d'établissements de la région à participer aux demandes globales de services. Celles-ci permettent non seulement de réaliser des économies d'échelle, mais également d'optimaliser les communications entre les intervenants.

Buanderie-lingerie

La récente évaluation de l'équipement de plusieurs établissements avait mis en relief la vétusté plus ou moins marquée de certains appareils. Le volet de la buanderie-lingerie s'est avéré d'autant plus prioritaire vu les besoins supplémentaires à combler eu égard aux centres d'accueil nouvellement créés. D'autre part, la BCM Inc. n'est pas en mesure de répondre exhaustivement à la demande en la matière.

En conséquence de quoi, le secteur des services partagés compte mettre imminemment sur pied un service régional basé sur un prix standardisé. Il y aurait lieu d'indiquer que ce service régional fut conçu en fonction des paramètres suivants: la préservation d'un secteur privé, la nécessité de rentabiliser les opérations de la BCM, l'utilisation des ressources excédentaires de certains établissements ainsi que des buanderies en milieu carcéral et enfin, la compression des dépenses. Mentionnons enfin, l'élaboration d'un guide d'utilisation de la lingerie-literie qui sera préparé à la lumière d'une approche de rationalisation.

Service de génie bio-médical et de physique médicale

À la demande de la commission des immobilisations-centres hospitaliers, un comité régional a préparé sous la direction de Monsieur Robert Demers, ingénieur, un guide de gestion de matériel médical. Lors de la dernière rencontre des membres de ce comité, il a été suggéré que ce document serve de base à l'organisation régionale d'un service de génie bio-médical. Un programme d'orientation a été accepté par le Conseil et les services partagés animeront dorénavant ce secteur en se basant sur le «Guide de gestion» en vue de planifier un programme de mise en commun de services inter-établissements.

Comité ad hoc de biochimie

Cette année, le comité s'est attaché à établir les activités de son mandat révisé. Les préliminaires à une informatisation des données fournies par les questionnaires furent complétés malgré les difficultés apparues dans la recherche d'un système conforme aux attentes. Les précisions sur les différentes analyses réalisées dans les centres sont presque terminées. Ainsi, ce comité pourra alors suggérer, s'il y a lieu, un mode d'organisation régionale sur l'utilisation de ressources excédentaires ainsi que la centralisation des examens ultra-spécialisés et à faible volume.

Cette approche servira de base à l'élaboration de techniques de mise en commun dans d'autres types de laboratoires.

Autres activités

Les services partagés ont aussi manifesté un intérêt marqué dans des activités telles que la disposition des surplus des établissements, la mise en oeuvre de services conjointement avec certains ateliers protégés, une participation à des études économiques sur le transport de bénéficiaires et à des travaux d'achats de la Commission de santé et de sécurité au travail à l'intention des départements de santé communautaire des établissements.

Service des ressources financières

Activités reliées aux services financiers

Les services financiers ont géré à la fois le budget du Conseil régional, à savoir un montant de 5 552 344 $ en 1981-1982, de même que les fonds d'une dizaine de fiducies pour un montant global de quelque 25 000 000 $.

Le volume de transactions financières occasionné par la gestion de ces divers fonds a doublé au cours du présent exercice. Nous devons effectuer entre autres la comptabilisation de quelque 1 500 projets d'immobilisations. En fait, c'est grâce à l'implantation d'un système comptable informatisé en avril 1981 que le Conseil a pu répondre aux besoins de cette nouvelle réalité. L'informatique a en outre élargi et facilité le traitement de l'information quant à la situation des fonds administrés au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

Avec la mise sur pied du centre de coordination des urgences santé, nous prévoyons administrer un budget total de 30 000 000 $ réparti comme suit:

4 000 000 $	fonds d'exploitation du Conseil
5 000 000 $	centre de coordination des urgences santé
21 000 000 $	fiducies

Chapitre VI — Les États financiers au 31 mars 1982

États financiers annuels

Conseil de la Santé et des Services Sociaux
de la Région de Montréal Métropolitain (6A)

TABLE DES MATIERES

Rapport des vérificateurs

Notes complémentaires

Fonds d'exploitation
- Revenus et dépenses
- Revenus et dépenses - information sectorielle
- Avoir du fonds
- Bilan

Fonds des immobilisations
- Avoir du fonds
- Bilan

Fonds Buanderie Centrale de Montréal
- Avoir du fonds
- Bilan

Fonds pour immobilisations et équipements des C.L.S.C., des C.A. et des C.S.S. - projets de $250 000 et moins
- Bilan

Fonds pour immmobilisations et équipements spécialisés des C.H. - projets inférieurs à $1 000 000
- Bilan

Fonds de subventions des services ambulanciers
- Bilan

Fonds du programme opération solidarité économique
- Bilan

Fonds du programme de services à domicile
- Bilan

Fonds pour location d'espace
- Bilan

Fonds de fluoruration de l'eau
- Bilan

Fonds de relance sociale
- Bilan

Fonds implantation du centre d'accueil Meurling
- Bilan

Fonds "Les amis d'une nouvelle vie"
- Bilan

Fonds de réserve pour priorités régionales
- Bilan

Renseignements supplémentaires

GAUVIN, DUMAIS ET ASSOCIÉS
Comptables agréés

Associés

Roger Gauvin, C.A.
Roger Forget, C.A.
Gilles Villeneuve, C.A.
Michel Duquette, C.A.
Bernard Dumais, C.A.
Claude Boyer, C.A.
Jean-Réal Charette, C.A.
Paul Saint-Julien, C.A.

981, BOUL. CRÉMAZIE EST
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H2M 1L8
TÉL.: 384-1430

38, BOUL. ST-VIATEUR
RIGAUD (QUÉBEC)
J0P 1P0
TÉL.: 451-5374
458-2313

RAPPORT DES VERIFICATEURS

Aux membres du Conseil d'administration
CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

Nous avons vérifié les états financiers annuels du CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A) pour l'exercice terminé le 31 mars 1982, lesquels ont été présentés sur le formulaire AS 475 du ministère des Affaires sociales de la Province de Québec, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues et, a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Nous avons obtenu tous les renseignements et explications que nous avons demandés.

A notre avis:

La corporation s'est conformée aux dispositions de la Loi susmentionnée et au Règlement s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses.

Les pratiques comptables de la corporation sont conformes aux interprétations des normes et définitions contenues dans l'édition 1981-82 du guide de gestion financière des conseils de la santé et des services sociaux publié par le ministère des Affaires sociales, sauf dans le cas mentionné à la note 1.d).

Les procédures de contrôle interne suivies par la corporation relativement aux données financières sont valables.

Les états financiers annuels présentent fidèlement la situation financière de la corporation au 31 mars 1982 ainsi que ses revenus et dépenses pour l'exercice terminé à cette date selon les pratiques comptables généralement reconnues dans le domaine de la santé au Québec, appliquées de façon constante.

Gauvin, Dumais et Ass.

Comptables agréés

Montréal, le 5 mai 1982

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

NOTES COMPLEMENTAIRES
31 mars 1982

1. CONVENTIONS COMPTABLES

a) Encaisse

Tous les argents perçus pour chacun des fonds sont versés dans un compte d'épargne à intérêt quotidien. Les intérêts sont perçus mensuellement et distribués au prorata de la participation de chacun des fonds au solde bancaire mensuel moyen.

La somme de l'encaisse de chacun des fonds représente le solde du compte de banque.

b) Provision pour créances douteuses

La provision est établie selon l'analyse des cas spécifiques.

c) Stocks de fournitures

Les stocks de fournitures sont comptabilisés au coût.

d) Immobilisations

Fonds des immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût.

Aucun amortissement annuel n'est calculé suite à une directive administrative du ministère des Affaires sociales.

Fonds Buanderie Centrale de Montréal

Les immobilisations sont comptabilisées au coût.

L'amortissement annuel de la bâtisse et de l'équipement de buanderie est calculé en fonction de l'utilisation des éléments d'actif. Le taux utilisé est de .025¢/lb.

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

NOTES COMPLEMENTAIRES
31 mars 1982

2. AVANCES INTER-FONDS	1982	1981
Fonds d'exploitation		
Fonds pour immobilisations et équipements spécialisés des C.H. - projets inférieurs à $1 000 000	--	1 358
Fonds des immobilisations	2 237	--
Fonds du programme de services à domicile	19 854	--
Fonds pour location d'espace	7 889	--
Fonds de relance sociale	22 794	--
Fonds implantation du centre d'accueil Meurling	2 714	--
	$ 55 488	$ 1 358

3. IMMOBILISATIONS	1982 Coût	1982 Amort. acc.	1982 Valeur nette	1981 Valeur nette
Fonds des immobilisations				
Mobilier et équipement de bureau	475 382	--	475 382	269 237
Améliorations locatives	323 146	--	323 146	220 112
	$ 798 528	--	$ 798 528	$ 489 349
Fonds Buanderie Centrale de Montréal				
Machinerie, mobilier et équipement	4 470 153	253 610	4 216 543	4 259 593
* Bâtisse	7 158 679	406 140	6 752 539	6 660 879
	$11 628 832	$ 659 750	$10 969 082	$10 920 472

* La bâtisse est érigée sur un terrain appartenant à l'hôpital Louis H. Lafontaine. Ledit terrain est cédé au CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A) par un bail emphytéotique pour une période de 65 ans échéant le 30 juin 2042.

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

NOTES COMPLEMENTAIRES
31 mars 1982

	1982	1981
4. LONG TERME		
Fonds Buanderie Centrale de Montréal		
Obligations à payer, série A, 9%, intérêts le 22 mai et 22 novembre de chaque année plus versement annuel en capital de $200 000, échéance le 22 novembre 1982	200 000	400 000
Obligations à payer, série B, 10%, intérêts le ler février et ler août de chaque année, échéance le ler août 1988	3 000 000	3 000 000
Obligations à payer, série C, 12.5%, intérêts le 27 février et 27 août de chaque année, une première tranche de capital de $750 000 venant à échéance le 27 février 1990 et le solde $1 250 000 venant à échéance à raison de $250 000 par année le 27 février de chacune des années 1991 à 1995 inclusivement	2 000 000	2 000 000
Obligations à payer, série D, 14%, intérêts le 15 juillet et 15 janvier de chaque année, une première tranche de capital de $1 775 000 venant à échéance le 15 janvier 1987 et le solde de $2 025 000 venant à échéance le 15 janvier 1991	3 800 000	3 800 000
	9 000 000	9 200 000
Echéance annuelle	200 000	200 000
	$8 800 000	$9 000 000

Versements annuels pour les cinq prochains exercices:

1982-83	$ 200 000
1983-84	--
1984-85	--
1985-86	--
1986-87	$1 775 000

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

NOTES COMPLEMENTAIRES
31 mars 1982

5. CONTRIBUTIONS A RECEVOIR

Nous n'avons pu nous assurer de l'exactitude du poste, étant donné que nous n'avons pas reçu à temps les formules DGF1 vérifiées des C.H., qui nous auraient permis de concilier les prévisions des revenus de chambres privées et semi-privées avec les revenus réels.

6. EVENTUALITE

Les congés de maladie accumulés et payables au départ de l'employé représentent une somme de $6 256.

7. ENGAGEMENT CONTRACTUEL

Un bail pour une période de 10 années, se terminant le 1er avril 1990, a été signé au coût de $1 par année. En plus, le locataire entretiendra à ses frais et de façon diligente, les lieux loués en bon état de réparations, pendant toute la durée du bail, et ne pourra exiger aucune contribution du bailleur.

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS D'EXPLOITATION
REVENUS ET DEPENSES
Exercice terminé le 31 mars 1982

	1981/82	1980/81
REVENUS		
Subventions du M.A.S.		
régulières	4 225 240	2 065 443
spéciales	77 027	68 440
loyer	—	55 187
Contributions des établissements	479 115	289 887
Intérêts	470 524	189 446
Autres - annexe A	300 438	128 820
	5 552 344	2 797 223
DEPENSES		
Salaires	3 470 305	2 082 235
Avantages sociaux	198 571	88 124
Allocations	47 545	40 256
Services	909 823	237 196
Communications	373 137	114 483
Loyer	163 888	61 607
Fournitures et matériel	172 371	67 149
	5 335 640	2 691 050
SURPLUS DE L'EXERCICE	$ 216 704	$ 106 173

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS D'EXPLOITATION
REVENUS ET DEPENSES - INFORMATION SECTORIELLE
Exercice terminé le 31 mars 1982

	Opérations courantes	Achats de groupe A	B	C	D	Total
REVENUS						
Subventions du M.A.S. régulières	4 225 240	--	--	--	--	4 225 240
spéciales	77 027	--	--	--	--	77 027
Contributions des établissements	--	117 213	146 734	112 832	102 336	479 115
Intérêts	366 305	1 250	57 850	36 209	8 910	470 524
Autres - annexe A	300 438	--	--	--	--	300 438
	4 969 010	118 463	204 584	149 041	111 246	5 552 344
DEPENSES						
Salaires	3 092 121	88 726	117 449	92 318	79 691	3 470 305
Avantages sociaux	176 553	5 541	6 770	5 257	4 450	198 571
Allocations	40 967	668	2 964	704	2 242	47 545
Services	864 210	10 720	12 575	10 965	11 353	909 823
Communications	357 021	3 624	4 563	4 309	3 620	373 137
Loyer	156 688	--	2 400	2 400	2 400	163 888
Fournitures et matériel	156 965	3 874	3 844	3 844	3 844	172 371
	4 844 525	113 153	150 565	119 797	107 600	5 335 640
SURPLUS DE L'EXERCICE	$ 124 485	$ 5 310	$ 54 019	$ 29 244	$ 3 646	$ 216 704

Chiffres de l'exercice terminé le 31 mars 1982 seulement.

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS D'EXPLOITATION
AVOIR DU FONDS
Exercice terminé le 31 mars 1982

	1981/82	1980/81
OPERATIONS COURANTES		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	21 335	398 937
Ajouter:		
Corrections de l'exercice antérieur	457	116 175
Surplus de l'exercice - page 7	124 485	31 274
	124 942	147 449
Déduire:		
Transfert au fonds d'immobilisations	--	445 000
Dépenses non récurrentes - annexe B	18 235	80 051
	18 235	525 051
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	$ 128 042	$ 21 335
ACHATS DE GROUPE		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	57 814	125 674
Ajouter:		
Surplus de l'exercice - page 7		
groupe A	5 310	--
groupe B	54 019	52 610
groupe C	29 244	19 565
groupe D	3 646	2 724
	92 219	74 899
Déduire:		
Ristournes aux membres	15 000	110 259
Dépenses non récurrentes - annexe B	(4 462)	32 500
	10 538	142 759
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	$ 139 495	$ 57 814

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS D'EXPLOITATION
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	703 580	1 070 898
Débiteurs	44 403	32 775
Subventions à recevoir	600 000	--
Frais payés d'avance	229	1 725
Avances inter-fonds - note 2	55 488	1 358
Stocks de fournitures	5 211	--
	$1 408 911	$1 106 756
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	716 081	301 549
Dépôts sur soumissions	272 343	276 058
Revenus reportés	152 950	450 000
	1 141 374	1 027 607
AVOIR DU FONDS		
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE - page 8		
Opérations courantes	128 042	21 335
Achats de groupe	139 495	57 814
	267 537	79 149
	$1 408 911	$1 106 756

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DES IMMOBILISATIONS
AVOIR DU FONDS
Exercice terminé le 31 mars 1982

	1981/82	1980/81
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	1 032 357	151 950
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	300 000	20 208
Transfert du fonds d'exploitation	--	445 000
Transfert du fonds de réserve pour priorités régionales	--	344 090
Corrections de l'exercice antérieur	--	70 234
Intérêts	96 347	875
	396 347	880 407
Déduire:		
Transfert au fonds Buanderie Centrale de Montréal	230 000	--
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	$1 198 704	$1 032 357

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DES IMMOBILISATIONS
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	114 509	622 345
Subventions à recevoir	300 000	--
	414 509	622 345
IMMOBILISATIONS - note 3		
Mobilier et équipement de bureau	475 382	269 237
Améliorations locatives	323 146	220 112
	798 528	489 349
	$1 213 037	$1 111 694
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	12 096	79 337
Avances du fonds d'exploitation	2 237	--
	14 333	79 337
AVOIR DU FONDS		
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE - page 10	1 198 704	1 032 357
	$1 213 037	$1 111 694

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS BUANDERIE CENTRALE DE MONTREAL
AVOIR DU FONDS
Exercice terminé le 31 mars 1982

	1981/82	1980/81
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	1 895 379	1 758 041
Ajouter:		
Transfert du fonds des immobilisations C.S.S.S.R.M.M.	230 000	--
Transfert du fonds de réserve pour priorités régionales	--	300 000
Subventions d'intérêts pour obligations	1 111 588	708 422
Subventions remboursement d'obligations	200 000	200 000
Revenu de loyer Buanderie Centrale de Montréal Inc.	291 705	217 588
Intérêts	29 174	--
	1 862 467	1 426 010
Déduire:		
Intérêts sur obligations	1 111 588	708 422
Intérêts sur emprunts	66 743	362 662
Amortissement	291 705	217 588
	1 470 036	1 288 672
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	$2 287 810	$1 895 379

Gauvin, Dumas et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS BUANDERIE CENTRALE DE MONTREAL
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	244 226	300 000
Subventions à recevoir	188 077	194 489
Débiteurs - Buanderie Centrale de Montréal Inc.	548 160	174 050
	980 463	668 539
IMMOBILISATIONS - note 3		
Machinerie, mobilier et équipement	4 470 153	4 403 151
Bâtisse	7 158 679	6 885 366
	11 628 832	11 288 517
Moins: Amortissement accumulé	659 750	368 045
	10 969 082	10 920 472
	$11 949 545	$11 589 011
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	151 764	85 644
Avances du fonds pour immobilisations et équipements spécialisés des C.H. - projets inférieurs à $1 000 000	321 894	213 499
Intérêts courus à payer	188 077	194 489
Echéance annuelle de la dette à long terme	200 000	200 000
	861 735	693 632
LONG TERME - note 4	8 800 000	9 000 000
AVOIR DU FONDS		
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE - page 12	2 287 810	1 895 379
	$11 949 545	$11 589 011

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Gérard Marcoux
Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS POUR IMMOBILISATIONS ET EQUIPEMENTS DES
C.L.S.C., DES C.A. ET DES C.S.S. - PROJETS DE $250 000 ET MOINS
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	$6 385 966	$5 550 740
PASSIF		
COURT TERME		
Projets autorisés à payer	6 855 792	5 181 350
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	369 390	104 167
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	1 844 108	4 338 000
Intérêts	1 173 973	564 386
Corrections de l'exercice antérieur	319 800	--
	3 337 881	4 902 386
Déduire:		
Projets autorisés	4 177 097	4 637 052
Frais d'administration	--	111
	4 177 097	4 637 163
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	(469 826)	369 390
	$6 385 966	$5 550 740

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS POUR IMMOBILISATIONS ET EQUIPEMENTS
SPECIALISES DES C.H. - PROJETS INFERIEURS A $1 000 000
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	5 233 388	7 119 822
Contributions à recevoir - note 5	2 547 074	2 014 024
Prêt - Fonds des immobilisations - Buanderie Centrale de Montréal	321 894	213 499
	$ 8 102 356	$ 9 347 345
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	133 595	--
Projets autorisés à payer	7 639 038	9 435 150
Avances du fonds d'exploitation	--	1 358
	7 772 633	9 436 508
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	(89 163)	(369 779)
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	738 237	849 140
Contributions des établissements	8 531 401	7 753 976
Intérêts	1 141 370	1 120 917
Remboursement de la taxe de vente fédérale	--	2 106
	10 411 008	9 726 139
Déduire:		
Subventions aux établissements	3 267 602	3 005 155
Projets autorisés	6 390 540	6 311 774
Projets inventaire C.H.	164 072	126 736
Frais d'administration	71	1 858
Equipement - D.S.C. santé communautaire	38 996	--
Equipement - Laboratoire provincial	130 841	--
	9 992 122	9 445 523
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	329 723	(89 163)
	$ 8 102 356	$ 9 347 345

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DE SUBVENTIONS DES SERVICES AMBULANCIERS
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	60 296	97 862
Débiteurs	2 322	--
	$ 62 618	$ 97 862
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	59 617	69 498
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	28 364	24 717
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	--	70 000
Intérêts	12 951	3 145
	12 951	73 145
Déduire:		
Subventions pour formation du personnel	38 314	69 498
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	3 001	28 364
	$ 62 618	$ 97 862

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DU PROGRAMME OPERATION SOLIDARITE ECONOMIQUE
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	$ 312 129	$ 584 298
PASSIF		
COURT TERME		
Projets autorisés à payer	312 164	549 948
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	34 350	226 823
Ajouter:		
Intérêts	101 446	197 305
	135 796	424 128
Déduire:		
Projets autorisés	135 831	389 667
Frais d'administration	--	111
	135 831	389 778
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	(35)	34 350
	$ 312 129	$ 584 298

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DU PROGRAMME DE SERVICES A DOMICILE
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	1 400 811	1 192 278
Subventions à recevoir	--	38 700
Débiteurs	44 100	--
	$1 444 911	$1 230 978
PASSIF		
COURT TERME		
Projets autorisés à payer	1 416 694	726 971
Avances du fonds d'exploitation	19 854	--
	1 436 548	726 971
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	504 007	193 791
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	5 800 831	4 860 213
Intérêts	149 934	151 165
Corrections de l'exercice antérieur	11 104	156 036
Récupération	217 095	--
	6 178 964	5 167 414
Déduire:		
Projets autorisés	6 674 451	4 857 198
Frais d'administration	157	--
	6 674 608	4 857 198
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	8 363	504 007
	$1 444 911	$1 230 978

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS POUR LOCATION D'ESPACE
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	$2 620 597	$ 791 389
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	--	1 470
Projets autorisés à payer	2 656 146	22 852
Avances du fonds d'exploitation	7 889	--
	2 664 035	24 322
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	767 067	--
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.:		
Secteur santé	814 000	399 302
Secteur social	7 299 400	3 638 742
Intérêts	771 617	185 170
Corrections de l'exercice antérieur	96 300	--
	8 981 317	4 223 214
Déduire:		
Projets autorisés:		
Secteur santé	778 798	303 914
Secteur social	8 956 169	3 136 740
Frais d'administration	56 855	15 493
	9 791 822	3 456 147
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	(43 438)	767 067
	$2 620 597	$ 791 389

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DE FLUORURATION DE L'EAU
BILAN
31 mars 1982

	1982	1982
ACTIF		
COURT TERME		
Subventions à recevoir	$ 45 000	$ 270 000
PASSIF		
COURT TERME		
Découvert de banque	38 112	76 648
Créditeurs et frais courus	11 743	27 233
	49 855	103 881
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	166 119	102 863
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	45 000	270 000
Intérêts	12 161	8 328
	57 161	278 328
Déduire:		
Subventions aux municipalités	228 135	215 072
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	(4 855)	166 119
	$ 45 000	$ 270 000

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DE RELANCE SOCIALE
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	$ 161 141	$ 257 005
PASSIF		
COURT TERME		
Créditeurs et frais courus	883	--
Avances du fonds d'exploitation	22 794	--
	23 677	--
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	257 005	--
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	--	250 000
Subventions spéciales - autres	1 300	--
Intérêts	46 383	7 005
	47 683	- 257 005
Déduire:		
Incitatifs financiers	14 315	--
Frais de garde	7 301	--
Frais de transport	216	--
Frais d'administration	145 392	--
	167 224	--
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	137 464	257 005
	$ 161 141	$ 257 005

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS IMPLANTATION DU CENTRE D'ACCUEIL MEURLING
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Encaisse	21 842	--
Subventions à recevoir	--	227 600
	$ 21 842	$ 227 600
PASSIF		
COURT TERME		
Avances du fonds d'exploitation	2 714	--
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	227 600	--
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	279 140	227 600
Intérêts	22 820	--
	301 960	227 600
Déduire:		
Subventions aux établissements	491 919	--
Frais d'administration	18 513	--
	510 432	--
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	19 128	227 600
	$ 21 842	$ 227 600

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS "LES AMIS D'UNE NOUVELLE VIE"
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Subventions à recevoir	--	97 000
	--	$ 97 000
PASSIF		
COURT TERME		
Découvert de banque	--	71 000
Emprunt de banque	--	26 000
	--	97 000
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	--	--
Ajouter:		
Subventions du M.A.S.	--	97 000
	--	97 000
Déduire:		
Subventions à un organisme bénévole	--	97 000
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	--	--
	--	$ 97 000

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

FONDS DE RESERVE POUR PRIORITES REGIONALES
BILAN
31 mars 1982

	1982	1981
ACTIF		
COURT TERME		
Avances au fonds d'exploitation	--	--
	--	--
PASSIF		
	--	--
AVOIR DU FONDS		
SOLDE AU DEBUT DE L'EXERCICE	--	571 552
Ajouter:		
Intérêts	--	72 538
	--	644 090
Déduire:		
Transfert au fonds des immobilisations	--	344 090
Transfert au fonds Buanderie Centrale de Montréal	--	300 000
	--	644 090
SOLDE A LA FIN DE L'EXERCICE	--	--

APPROUVE AU NOM DU CONSEIL

Administrateurs

Gauvin, Dumais et Associés
Comptables agréés

CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA REGION DE MONTREAL METROPOLITAIN (6A)

RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES
Exercice terminé le 31 mars 1982

	1981/82	1980/81
Annexe A - REVENUS - AUTRES		
Contributions du fonds du programme des services à domicile	129 501	116 507
Contributions du fonds pour location d'espace	56 855	11 311
Contributions du fonds de relance sociale	6 000	--
Perfectionnement	90 245	--
Stationnement	6 370	--
Location de salles	1 245	--
Machines distributrices	9 552	--
Divers	670	1 002
	$ 300 438	$ 128 820
Annexe B - DEPENSES NON RECURRENTES		
Opérations courantes		
Projet Alpha	--	68 026
Etude régionale des systèmes informatiques	6 942	12 025
Projet Buanderie	10 040	--
Projet divers	1 253	--
	$ 18 235	$ 80 051
Achats de groupe		
Consultation médecine nucléaire	--	2 500
Projet messagerie inter-établissements	(30 000)	30 000
Catalogue régional	16 000	--
Session contrôle de la qualité	3 450	--
Projet de recherche	11 000	--
Echantillons	884	--
Défaut dépôts sur soumissions	(5 796)	--
	$ (4 462)	$ 32 500